



## *Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen*

Mémoire d'initiation à la démarche de recherche

---

# **La privation occupationnelle chez les détenus : l'accompagnement du risque suicidaire en ergothérapie**

LEMER Agathe – E 20/12

Promotion 2020 – 2023

Année universitaire 2022 – 2023

*Sous la direction de LECROSNIER Marine*

*« Si l'emprisonnement, dans son principe,  
n'est que privation de liberté, la prison,  
dans sa réalité, est bien plus que cela : elle  
est un lieu de peine »*

**Robert Badinter**

*La prison républicaine, 1992*

*« J'espère qu'un jour on jugera de ce  
que je fus parce que j'ai su souffrir »*

**Jean-Jacques Rousseau**

*Lettre à M. de St-Germain, 1770*

# **REMERCIEMENTS**

*Je tiens, tout d'abord, à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la rédaction de ce mémoire d'initiation à la démarche de recherche.*

*Mon tout premier remerciement est dédié à Marine LECROSNIER, ma directrice de mémoire, pour tout son temps accordé, ses conseils si précieux, son accompagnement tout entier tel qu'il est, et surtout, tout son soutien durant cette dernière année.*

*Je tiens ensuite à remercier toute l'équipe de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen pour leur écoute et leur disponibilité tout au long de ces formidables 3 années d'études. Je remercie aussi, plus particulièrement, Cécile RASSE pour tout son soutien prodigué lors de cette dernière année.*

*Je remercie également les ergothérapeutes ayant accepté de m'accorder leur temps qui, grâce à leurs témoignages et leurs expériences, m'ont permis la réalisation de cette recherche.*

*Je souhaite aussi remercier ma famille pour leur soutien et leurs encouragements si importants à mes yeux, à ma mère pour les longues discussions autour de cette recherche qui m'ont permis d'avancer et d'obtenir un autre regard.*

*Un grand merci à tous mes amis pour nos moments de décompressions, de rigolades mais aussi d'entraide et de motivation ! Merci à Anaëlle et Amélie pour ces 3 années incroyables. Merci à tous mes copains d'Interkromo : Psygathe, Drey', Manon, Kelly, Matthieu, Pierrot et David ! Je remercie aussi Didith qui m'a soutenue durant toute cette année, malgré la distance.*

*Enfin, je remercie Clément pour tout ce qu'il a pu m'offrir jusqu'à maintenant et depuis ces 5 dernières années, un grand merci pour ton soutien immense, si important pour moi.*

# **GLOSSAIRE**

**ANESM** : Agence Nationale de l'évaluation et la qualité des Etablissement et Services sociaux et Médico-sociaux

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**CDC** : US Centers for Disease Control and Prevention

**CPRS** : Commission Prévention Risque Suicidaire

**DSM – 5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, n°5

**DSP** : Dispositif de Soins Psychiatriques

**OIP** : Observatoire International des Prisons – section française

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**SMIC** : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

**SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional

**SPIP** : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

**UCSA** : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires

**UHSA** : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

**UHSI** : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

**UMD** : Unité pour Malades Difficiles

**USIP** : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques

**USMP** : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire



Pôle Entreprise et Solidarités  
Unité certification sociale et paramédicale  
2, place Jean Nouzille  
CS 55427  
14054 Caen CEDEX 4

**Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie**

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>i</sup>.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ..... Alaïs LEMER ..... atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.  
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à ..... Rouen ..... Le ..... 16/05/2023 ..... signature

<sup>i</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>ii</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

# Sommaire

I-	Introduction	1
II-	Cadre théorique et conceptuel	3
1.	Le système carcéral Français	3
1.1	Etat des lieux du système carcéral Français	3
1.2	Le squelette du système carcéral Français	3
1.2.1	Les maisons d'arrêt	3
1.2.2	Les établissements pour peine	4
1.3	Les personnes incarcérées	5
1.4	Les occupations possibles	6
1.4.1	Le sport	6
1.4.2	La scolarité	7
1.4.3	Le travail	7
1.5	La santé mentale en prison	8
1.5.1	Augmentations des troubles mentaux en prison	8
1.5.2	Lien entre établissements pénitentiaires et structures de santé mentale	8
1.5.3	La réduction du risque suicidaire en prison	9
1.5.4	Le contexte médico-légal	9
1.5.5	Le parcours du détenu avant d'arriver en séance d'ergothérapie	10
2.	Le suicide et le risque suicidaire	11
2.1	Différence entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide	11
2.2	Définition du trouble du comportement suicidaire selon le DSM-5	12
2.3	Epidémiologie	14
2.4	Les origines et évolutions du suicide	15
2.4.1	La motivation	15
2.4.2	Le développement des idées suicidaires vers la tentative de suicide	15

2.5	Les traitements-----	17
2.6	Le suicide en prison-----	17
3.	L'ergothérapie au sein du système carcéral -----	18
3.1	La profession d'ergothérapeute-----	18
3.2	Où travaille l'ergothérapeute dans le système carcéral ?-----	19
3.2.1	Les unités à faible sécurité-----	19
3.2.2	Les unités de sécurité moyenne-----	20
3.2.3	Les unités à sécurité élevée-----	20
3.2.4	Les autres unités -----	20
3.3	Les conditions de travail de l'ergothérapeute-----	21
3.4	Les missions de l'ergothérapeute-----	21
3.5	La sécurité relationnelle -----	23
3.6	La construction d'un projet de vie -----	24
4.	L'ergothérapie et le trouble du comportement suicidaire-----	26
4.1	Le rôle de l'ergothérapeute-----	26
4.2	Les évaluations -----	27
4.3	Les interventions en ergothérapie -----	28
5.	La privation occupationnelle -----	30
5.1	Définition du concept-----	30
5.2	L'émergence du concept -----	30
5.3	Un concept touchant de nombreuses personnes-----	31
5.4	La privation occupationnelle en prison-----	32
III-	Problématique et hypothèses de recherche -----	33
IV-	Dispositif méthodologique-----	35
1.	Choix de la méthode-----	35
2.	Approche utilisée-----	36
3.	La population de recherche -----	36

4.	Les techniques et outils de recueil de données empiriques -----	38
4.1	Choix de la technique -----	38
4.2	Choix de l'outil -----	39
5.	Réflexion sur l'objectivité et l'éthique du chercheur-----	39
V-	Présentation et analyse des données recueillies -----	42
1.	Techniques d'analyse de données-----	42
2.	Analyse verticale-----	42
3.	Analyse horizontale-----	46
3.1	Les médiations auprès des patients détenus présentant un risque suicidaire -----	46
3.2	L'utilisation des activités signifiantes et valorisantes -----	47
3.3	La construction du projet de vie-----	49
1.1	La relation thérapeutique avec ces patients -----	50
1.2	Privation occupationnelle et détenus présentant un risque suicidaire -----	52
VI-	Discussion-----	54
1.	Validation ou réfutation des hypothèses de la problématique de recherche -----	54
1.1	Retour sur la première hypothèse -----	54
1.2	Retour sur la deuxième hypothèse -----	56
2.	Limites et biais de cette recherche -----	58
3.	Réflexion personnelle des résultats -----	59
VII-	Conclusion -----	61
VIII-	Bibliographie -----	62
IX-	Annexes -----	68



## **I- Introduction**

Au cours de 3 années d'études en ergothérapie, nous nous sommes souvent questionnés sur le monde carcéral en France. Ce milieu nous a toujours intéressés, interrogés, intrigués. Nous nous sommes notamment questionnés sur les raisons de l'incarcération des détenus. Ainsi que les moyens mis en place afin de maintenir un semblant de vie malgré ce lieu de privation occupationnelle. Puis, nous avons essayé de faire le lien avec l'ergothérapie. Au cours de lectures diverses et variées, nous avons pu découvrir que l'ergothérapeute pouvait intervenir auprès de la population carcérale. Alors, quels types d'accompagnements peut-il proposer ? Y a-t-il des critères particuliers en tant qu'ergothérapeute pour pouvoir intervenir auprès de cette population ? Concrètement, que fait l'ergothérapeute en prison ? Ces différentes questions nous ont donc amenés à construire le thème de cette recherche qui est le suivant : l'ergothérapie au sein du système carcéral français.

Le système carcéral français est composé de 187 établissements pénitentiaires accueillant 72 350 détenus (Observatoire International des prisons, 2020). Ce milieu constitue un lieu de privation de liberté et par conséquent, un lieu de privation occupationnelle. La privation occupationnelle se définit comme étant « un état dans lequel une personne ou un groupe de personnes est incapable de faire ce qui est nécessaire et significatif dans sa vie en raison de restrictions externes » (Gail Whiteford, 2000). Différents facteurs contribueront à la privation occupationnelle en prison. Par exemple, la surpopulation carcérale actuelle en France fait que la possibilité de réaliser des activités est réduite (Molineux et Whiteford, 1999). Puis, en nous renseignant un peu plus sur la thématique du système carcéral et au travers de discussions avec un ergothérapeute travaillant en Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), nous nous sommes rendu compte que les détenus sont souvent sujet au risque suicidaire et aux comportements auto et hétéro-agressifs. En creusant sur la thématique du suicide en prison, nous avons découvert que celui-ci est plus fréquent que dans la population générale. En effet, elle correspond à la 1<sup>ère</sup> cause de décès en prison dans le monde (Frizon et Bonfils, 2018). Le DSM-5 caractérise le risque suicidaire par le trouble du comportement suicidaire. Ces différents apports ont terminé par constituer l'objet de cette recherche : la lutte contre le suicide auprès des détenus en privation occupationnelle.

Ainsi, nous savions que l'ergothérapeute pouvait intervenir auprès de cette population, mais comment ? Puis, l'ergothérapeute avec qui nous avons pu échanger, nous a expliqué que l'ergothérapeute avait principalement pour rôle de limiter le risque suicidaire en détention.

C'est ainsi que ce questionnaire nous a amené à construire le sujet de cette recherche : le rôle de l'ergothérapeute pour limiter le risque suicidaire des détenus.

En faisant corrélérer ces différentes notions étant les suivantes, milieu carcéral, privation occupationnelle, risque suicidaire et ergothérapie, une question de départ a pu émerger :

<p style="text-align: center;"><b>Comment l'ergothérapeute peut accompagner des détenus en privation occupationnelle dans la lutte contre le suicide pendant une peine d'emprisonnement au sein d'un centre pénitentiaire ?</b></p>
---

Ainsi, au cours de cette recherche, nous développerons tout d'abord les concepts clés de cette question de départ tout au long du cadre théorique et conceptuel. Les différentes notions évoquées ci-dessus vont nous amener à nous questionner sur d'autres aspects nous permettant d'émettre une problématique de recherche. De cette problématique, 2 hypothèses de recherche émergeront. Ensuite, nous exposerons le dispositif méthodologique que nous emploierons pour récolter des données empiriques auprès de 4 ergothérapeutes. Ces données empiriques seront ensuite analysées entre elles puis discutées au regard de la théorie. Enfin, nous conclurons en résumant ce travail de recherche et en proposant une ouverture.

## **II- Cadre théorique et conceptuel**

### **1. Le système carcéral Français**

#### *1.1 Etat des lieux du système carcéral Français*

Actuellement, il existe 187 établissements pénitentiaires en France et 72 350 détenus au 1<sup>er</sup> octobre 2022 pour 60 709 places opérationnelles. Le taux d'occupation est de 119.2% au sein des prisons Françaises au niveau national. Le système carcéral Français est donc en surpopulation (Observatoire International des Prisons, 2020). Cette partie comprendra certaines sources provenant de l'Observatoire International des Prisons – section Française (OIP). L'OIP est une association de la loi 1901 qui défend les droits de l'Homme en milieu carcéral et défend l'intérêt de limiter l'emprisonnement. L'OIP dispose du statut consultatif auprès de l'Organisation des Nations Unies. L'OIP a publié divers ouvrages et articles, mais a aussi fait un état des lieux quant à la situation actuelle du système carcéral français. Ce qui suit provient donc de sources factuelles et véridiques. L'OIP possède plusieurs missions : « observer les conditions de détention, faire connaître l'état des prisons et la situation des personnes détenues, informer les personnes détenues et leurs proches de leurs droits, et faire respecter les droits fondamentaux en prison » (OIP, s.d)

#### *1.2 Le squelette du système carcéral Français*

En France, les établissements pénitentiaires sont séparés en deux grandes catégories (annexe I). La 1<sup>ère</sup> catégorie correspond aux maisons d'arrêt et la 2<sup>nde</sup> aux établissements pour peine. Dans ces deux catégories, d'autres structures peuvent apparaître comme les centres pénitentiaires qui eux-mêmes peuvent regrouper différents quartiers. (OIP, 1er février 2020).

##### **1.2.1 Les maisons d'arrêt**

Les maisons d'arrêt vont accueillir des prévenus, c'est-à-dire des personnes en détention provisoire qui attendent leur jugement, mais aussi des condamnés, à savoir des personnes ayant déjà été jugées et ayant une condamnation inférieure ou égale à 1 an. En France, il existe 82 maisons d'arrêt, ayant un effectif de 34 754 places au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Celles-ci vont accueillir la majorité de la population carcérale, soit 66.2%. Ainsi, elles sont souvent sujettes à la surpopulation. En effet, le taux moyen d'occupation en maison d'arrêt est de 141,5% au 1<sup>er</sup> octobre 2022 selon l'OIP. La surpopulation crée donc un non-respect des droits et des obligations du code de procédure pénale et entraîne de mauvaises conditions de vie, qui vont-elles-mêmes amener à des inégalités de traitement entre détenus (Cligman et al., 2001, p.11).

Par exemple, les détenus mineurs et les détenus majeurs en maisons d'arrêt doivent être séparés, mais cette obligation n'est pas souvent respectée du fait du manque de places. De plus, les maisons d'arrêt sont soumises à un régime dit « fermé », les portes des cellules sont donc la plupart du temps fermées. Les différents déplacements effectués par le détenu dans l'établissement se font accompagnés par un membre du personnel pénitentiaire. Cependant, le temps qui sera passé en cellule va dépendre de l'offre d'activités. Plus il y a d'activités, moins les détenus restent dans leurs cellules.

### 1.2.2 Les établissements pour peine

Les établissements pour peine accueillent des personnes condamnées ayant une peine supérieure à 2 ans. Ces établissements sont soumis au régime « ouvert ». Ce régime va permettre d'accompagner les efforts de réinsertion sociale du détenu par plus d'autonomie. La porte de la cellule des détenus reste ouverte une partie de la journée, ce qui permet aux détenus de circuler dans l'unité d'hébergement, d'aller aux douches et aux salles communes. Mais certains centres de détention ont opté pour un régime « fermé » comme les maisons centrales, par exemple. De manière générale, c'est l'administration pénitentiaire qui va décider d'appliquer un des deux régimes en fonction des différents comportements des détenus observés dans l'établissement pour peine. Il existe trois types d'établissements pour peine : les centres de semi-liberté et quartiers « centres pour peines aménagées », les maisons centrales et enfin, les centres de détention. Les maisons centrales, actuellement au nombre de 6 en France et ayant 2 227 places, ont la particularité d'avoir une organisation et un régime renforcé. Elles vont accueillir les détenus ayant les plus longues peines et les détenus pouvant être considérés comme « dangereux » ou « difficiles » par l'administration pénitentiaire, les détenus multirécidivistes et ceux dont la réinsertion apparaît comme incertaine.

Les 25 centres de détention en France ont une capacité de places plus importante que les maisons centrales : 20 148 places. Ces centres ont un régime orienté vers la réinsertion et accueillent des détenus présentant des chances sérieuses de réinsertion. Les détenus ont plus la possibilité d'interagir avec l'extérieur en téléphonant ou via un permis de sortie.

Enfin, les centres de semi-liberté, au nombre de 9 en France, et les quartiers « centres pour peines aménagées », au même nombre, sont plutôt destinés aux détenus bénéficiant ou susceptibles de bénéficier dans un futur proche d'une mesure d'aménagement de peine. Les détenus doivent être volontaires et avoir une peine inférieure à 2 ans. Les buts des quartiers « centres pour peines aménagées » sont de favoriser l'autonomie et mettre en place un projet

individuel dans la perspective d'un aménagement de peine. Les centres de semi-liberté, eux, vont accueillir des personnes ayant déjà reçu un ou des aménagements de peine. Ainsi, ces aménagements vont permettre l'exercice d'une activité professionnelle ou suivre une formation. Les détenus vont donc être dans des conditions proches de la liberté. Ils devront regagner le centre de détention les moments où ils ne travaillent pas. Puis, les centres pénitentiaires vont rassembler des unités de détention relevant de maisons d'arrêt et d'établissements pour peine.

### *1.3 Les personnes incarcérées*

Selon l'OIP, au 1<sup>er</sup> octobre 2022, 72 350 détenus étaient incarcérés en France pour 60 709 places opérationnelles. Une surpopulation est donc présente au sein du système pénitentiaire Français. En effet, au niveau national, le taux d'occupation des prisons Françaises a atteint les 119,2%. En maison d'arrêt, ce taux est de 141,5%. Cette surpopulation provoque diverses problématiques au niveau organisationnel et humain. Par exemple, beaucoup de prisonniers doivent partager une cellule de 9m<sup>2</sup> à 2, 3 ou plus. Plus de 2000 détenus dorment sur un matelas au sol du fait de cette surpopulation (OIP, 3 février 2020). Un des derniers constats réalisés sur les prisons françaises est l'augmentation du nombre de détenus qui a plus que doublé en 40 ans. En effet, en 1982, on dénombrait 31 500 détenus (annexe II). Selon l'OIP, cette hausse est due à un durcissement des politiques pénales.

Selon l'OIP, en France, la plupart des détenus sont des hommes (96,4%). Les personnes sans domicile fixe et les étrangers sont aussi très présents en prison. La moitié des détenus ont moins de 33 ans et 1/5 ont moins de 25 ans. Beaucoup de personnes incarcérées proviennent de milieux défavorisés et connaissent une situation de grande précarité. En effet, plus de la moitié n'ont pas d'emploi avant l'incarcération. Souvent, ce sont des personnes qui sont éloignées des systèmes sociaux. Concernant l'éducation, plus de 80% ont un niveau inférieur au baccalauréat et 44% n'ont aucun diplôme. ¼ ne maîtrisent pas les savoirs de base et 10% sont en situation d'illettrisme. La prison est aussi un lieu où les addictions sont présentes : 38% des détenus ont développé une addiction à des substances illicites depuis moins de 6 mois et 30% sont dépendants à l'alcool. Ensuite, 8 hommes détenus sur 10 et 7 femmes détenues sur 10 ont un trouble psychiatrique. La plus présente est le syndrome dépressif sévère (40%), puis l'anxiété généralisée (33%), les troubles psychotiques (21%), et enfin, la schizophrénie (7,3%).

Différentes raisons amènent ces personnes à être incarcérées notamment en fonction du type d'infraction, de délit ou de crime commis. Chacun reçoit une peine répondant à leur accusation. Selon l'OIP, aujourd'hui, en France, beaucoup de détenus sont condamnés à une

courte peine de prison. Les personnes condamnées pour des crimes graves sont quant à eux en minorité dans les prisons françaises. En effet, en 2020, la durée de la peine de prison la plus prononcée est de 2 ans à 5 ans inclus (24,1%) et la moins prononcée est la réclusion criminelle à perpétuité (1%). Ensuite, les infractions, délits ou crimes les plus commis sont les vols (20,9%) et les moins commis sont les atteintes à l'autorité de l'Etat (4,7%).

#### *1.4 Les occupations possibles*

Malgré un manque important d'activités hors des cellules, certaines sont très répandues et très prisées. Les places pour y participer sont donc difficiles à obtenir du fait de la demande importante de la part des détenus. Selon l'OIP, un détenu participe, en moyenne, à 3h40 d'activité par jour en semaine et 24 minutes d'activité le weekend, toutes activités confondues. Dans certaines maisons d'arrêt surpeuplées, les détenus peuvent être 22h ou 23h dans leur cellule. Souvent, ils peuvent y regarder la télévision, s'ils ont payé un abonnement. En France, il n'y a pas de minimum légal concernant le temps d'activité pour un détenu. En 2014, 12% des détenus travaillaient aux ateliers, 12,4% exerçaient pour le service général des prisons, donc la cuisine, la distribution des repas ou le ménage. Très peu de détenus participaient à d'autres activités structurées et rémunérées, encadrées par des professionnels ou à des programmes cognitivo-comportementaux de prévention de la récidive. Enfin, 16,9% des détenus suivaient des études. La plupart des occupations proposées sont le sport, la scolarisation et le travail.

##### 1.4.1 Le sport

Le sport est l'activité la plus demandée par les détenus. Ils peuvent avoir la possibilité d'accéder aux différentes installations de musculation entre 1h et 3h par semaine. Cependant, l'offre proposée aux détenus pour pouvoir pratiquer du sport est très insuffisante du fait des nombreuses demandes. Aussi, l'accès aux activités sportives est inégal du fait de contraintes dans les locaux comme la taille des locaux, les terrains disponibles, le nombre de moniteurs. Le sport est essentiel pour maintenir l'équilibre physique des détenus. Une détérioration du corps peut apparaître lorsqu'une personne reste longtemps dans un espace restreint comme une cellule de prison. Mais, l'activité sportive reste sous le contrôle du médecin de l'établissement pour éviter toute blessure ou tout comportement à risque. De plus, il permet d'occuper les détenus, de développer leur esprit d'équipe. Ainsi, cela favorisera leur intégration sociale car divers sports individuels ou collectifs sont proposés aux détenus (Cligman et al., 2001, p. 287 – 288).

#### 1.4.2 La scolarité

Ensuite, selon l'OIP, ¼ des détenus ont la possibilité d'être scolarisés en France grâce à différents moyens et notamment grâce aux actions d'enseignement. En moyenne, les détenus ont accès à une scolarité pendant 6h par semaine. Mais, le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire détermine les conditions de scolarisation. D'une manière générale, l'enseignement primaire est proposé dans tous les établissements pénitentiaires en France. Celui-ci va donc être important en prison puisque des détenus sont en situation d'illettrisme. Or, l'illettrisme peut s'avérer être un handicap dans la vie quotidienne de la prison. Toutes les demandes, peu importe leur nature, doivent être faites par écrit. De plus, pour accéder à la scolarisation, le détenu doit faire des études en lien avec sa situation et ses conditions de détention. Puis, concernant la formation professionnelle, les détenus peuvent recevoir une formation dans un des trois secteurs professionnels suivants : métiers du bâtiment, métiers de l'électricité ou bien métiers de bouche. Ces formations peuvent être de courte ou de longue durée (Cligman et al., 2001, p.275).

#### 1.4.3 Le travail

Enfin, le travail, tout comme le sport, est aussi une activité très demandée de la part des détenus. Mais seulement ¼ des détenus peuvent en bénéficier. En effet, le travail va permettre aux détenus de sortir de leur cellule mais aussi de gagner de l'argent. Les détenus travaillant en prison vont gagner 45% du salaire minimum de croissance (SMIC) au maximum. Cela représente donc environ entre 2,11€ et 4,76€ par heure travaillée. Mais lors de certains travaux, les détenus sont payés à la pièce et non à l'heure. Les détenus travaillant en prison ne sont pas protégés par le droit du travail et n'ont pas de droits syndicaux pour se défendre. De plus, les tâches demandées sont peu qualifiantes, répétitives et sans lien avec le marché du travail (Cligman et al., 2001, pp.275 à 282). De ce fait, une fois sortis de prison, les détenus ne pourront pas mobiliser leurs compétences acquises. Pour la plupart des détenus, le travail représente donc une source de revenus ou bien une activité occupationnelle. Néanmoins, le travail n'est pas une activité obligatoire, mais l'inactivité du détenu va lui être pénalisante puisqu'il n'aura pas de revenu. Le fait qu'un détenu travaille va être pris en compte pour l'appréciation de sa bonne conduite et ainsi permettre des réductions de peine. Cependant, lorsque l'administration pénitentiaire accorde un travail à un détenu, elle doit tenir compte de certains critères : capacités physiques et intellectuelles du détenu, influence que ce travail aura sur sa perspective de réinsertion, situation familiale, et la possibilité d'existence de parties civiles à indemniser. Enfin, lorsqu'un détenu possède un travail en détention, ce dernier pourra être réalisé dans l'enceinte de l'établissement mais aussi à l'extérieur (Cligman et al., 2001, pp.275 à 282).

## *1.5 La santé mentale en prison*

### 1.5.1 Augmentation des troubles mentaux en prison

En prison, et depuis ces dernières années, une augmentation des personnes présentant des troubles mentaux et entrant dans le système de justice pénale a pu être constatée. Selon le Sénat, environ 25% de personnes en prison présenteraient un trouble mental (Sénat, s.d). En effet, la prévalence de personnes présentant une maladie mentale est plus élevée dans les prisons que dans la population générale (Dieleman & Steggles, 2013). Cette augmentation peut être due à divers facteurs : évolution des politiques de santé, évolution des politiques pénales ou encore évolution des contextes sociétaux (Frizon & Bonfils, 2018). Tous les troubles mentaux sont présents dans le milieu carcéral : schizophrénie, troubles de l'humeur, trouble du stress post-traumatique, troubles anxieux, troubles de la personnalité ou encore déficience intellectuelle. De plus, il existe un taux élevé de suicide au sein des prisons françaises (Frizon & Bonfils, 2018). Par manque d'habiletés de la part des prisons à pouvoir prendre en soins les personnes présentant des troubles psychiques, ces dernières sont placées en isolement correctionnel pour les protéger du fait de leurs difficultés à s'adapter à l'environnement carcéral. Aussi, lors de leur libération, ces personnes ne sont plus accompagnées par les services de santé mentale communautaires, services ayant un impact positif chez ces personnes. Cet accompagnement n'est pas poursuivi car le transfert des dossiers du patient n'est pas réalisé entre l'établissement pénitentiaire et les services de soins en santé mentale classiques. Si l'impact est très positif sur la santé mentale du détenu, alors il sera moins impliqué dans le système de justice pénale (Dieleman & Steggles, 2013). Donc des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont été créés à la suite de la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985. Cette loi avait pour but de répondre aux besoins de soins en santé mentale des détenus (Frizon & Bonfils, 2018).

### 1.5.2 Lien entre établissements pénitentiaires et structures de santé mentale

Ainsi, chaque secteur est rattaché à un établissement public hospitalier et comporte un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) aménagé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire (Frizon & Bonfils, 2018). Il existe donc différentes structures pouvant accueillir des détenus présentant un trouble mental : les SMPR, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) (Frizon & Bonfils, 2018). De plus, il existe 3 niveaux de soins de santé mentale :



- Les soins de santé mentale de niveau 1 regroupent les soins ambulatoires réalisés dans l'USMP, notamment les consultations et les activités thérapeutiques de groupe
- Les soins de santé mentale de niveau 2 comprennent les soins nécessitant un suivi à temps partiel et ces derniers sont effectués dans des USMP ayant un SMPR
- Les soins de santé mentale de niveau 3 correspondent à une prise en soins hospitalière à temps complet (Frizon & Bonfils, 2018)

### 1.5.3 La réduction du risque suicidaire en prison

En plus de ces différents niveaux, le travail en pluridisciplinarité aura toute son importance pour éviter que le patient procède à l'achèvement d'un acte suicidaire (Straathof et al., 2021). Pour cela, les professionnels de santé sont amenés à adopter des postures et habitudes spécifiques de prises en soins et à être informés des différents facteurs de risque de suicide. Cette connaissance leur permettra de rester vigilants lorsque ces facteurs de risque sont présents chez un patient (Straathof et al., 2021). C'est donc pour cela que le fait de planifier les modalités de sécurité en amont permettrait de réduire les risques de tentative de suicide. De plus, la planification d'une durée de séjour à l'hôpital permettra de diminuer les symptômes plus rapidement (Straathof et al., 2021). Néanmoins, du fait de la surpopulation, peu de détenus peuvent bénéficier d'un soutien et de soins. L'ergothérapeute possèdera donc plus de difficultés à prodiguer ses services dans les contextes de justice pénale. De ce fait, comme la réglementation des services de soins pénaux est stricte, l'ergothérapeute rencontrera aussi des difficultés à utiliser les différents moyens dont il dispose. Par exemple, du matériel d'activité manuelle comme des cutters, ou les différents lieux dont il aurait besoin pour permettre à la personne de se mettre en situation écologique comme un lieu public. L'OMS explique aussi que les besoins individuels de chaque personne doivent être un axe central des soins de santé mentale prodigués en détention. Il y a donc la nécessité de respecter les besoins sanitaires des détenus et des conséquences liées au milieu carcéral (Frizon & Bonfils, 2018).

### 1.5.4 Le contexte médico-légal

Les ergothérapeutes sont amenés à travailler dans un contexte médico-légal auprès de patients détenus. Ils sont donc rattachés au système carcéral. Selon Soanes (2008, dans Bryant et al., 2014), le médico-légal correspond à tout ce qui « se rapporte à ou ce qui désigne l'application de méthodes et de techniques scientifiques à l'enquête criminelle ou qui se rapporte aux tribunaux ». C'est pourquoi différents services médico-légaux et pénitentiaires ont pu être créés. Au sein de ces services, des personnes ayant mené un comportement délictueux

peuvent y être retrouvées. De part ces attitudes, ils ont été inscrits dans le système de justice pénale. Ainsi, ce sont ces comportements et les problèmes de santé mentale qui sont abordés dans les services. (Bryant et al., 2014, p.425). Lorsque ces sujets sont traités, les professionnels de santé devront poser des questions au détenu avec un langage clair, direct et adapté à la personne pour pouvoir l'accompagner au mieux. De cette façon, la clarification des idées suicidaires permettra aux professionnels de choisir les mesures à prendre et à quel moment (Straathof et al., 2021). Lorsque les questions seront posées, le professionnel de santé devra montrer de l'empathie vis-à-vis du patient (Straathof et al., 2021). De plus, en parlant du sujet avec le patient, cela lui permettra de mettre des mots sur ses sentiments (Straathof et al., 2021). Puis, le fait de comprendre la situation et la personnalité du patient permettra à l'ergothérapeute de créer une alliance thérapeutique solide, utile lors des différents accompagnements (Andersson et al., 2019). De plus, les services médico-légaux et pénitentiaires ont une réelle nécessité d'exister. En effet, selon Bryant et al., beaucoup de détenus possèdent au minimum deux troubles mentaux et les prisons ne sont pas habilitées à traiter ces troubles. Certaines personnes vulnérables peuvent être exploitées par d'autres détenus du fait de leurs difficultés mentales ou de leurs troubles des apprentissages. Ensuite, chaque service possède ses propres caractéristiques. Donc, les soins et les accompagnements prodigués au détenu et le milieu dans lequel il sera admis seront personnalisés en fonction de ses besoins mais aussi en fonction de la nature de son infraction. Enfin, les services médico-légaux peuvent être utiles lorsque l'individu présente un risque important d'infraction (Bryant et al., 2014, p.425). Selon Rutherford et Duggan (2007, dans Bryant et al., 2014), en fonction du niveau de danger que le détenu présente pour lui ou pour les autres, la sécurité au sein des services sera de niveaux différents.

#### 1.5.5 Le parcours du détenu avant d'arriver en séance d'ergothérapie

Avant d'arriver dans le service médico-légal et pénitentiaire, le détenu doit répondre à certains critères d'orientation. Il sera affecté à un service en fonction de son trouble mental, de ses antécédents de délinquance et du risque de délinquance qu'il représente. Le détenu pourra obtenir diverses expertises d'agences de références avant de connaître son lieu d'affectation :

- Autres services sécurisés, comme les services à haute, moyenne et basse sécurité, Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP)
- Equipes communautaires des troubles de l'apprentissage, équipes communautaires de santé mentale, équipes de crise

- Système de justice pénale comme les tribunaux, les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), le ministère public, les avocats
- Dispositions de protections publiques multi agences
- Services sociaux
- Services de l'enfance et de l'adolescence
- Equipes de jeunes délinquants (Bryant et al., 2014, p.426)

Mais avant toute affectation, il est nécessaire de réaliser une évaluation avec le détenu. Ainsi, celui-ci devra être évalué par une équipe d'évaluation présente dans beaucoup de services. Cette équipe est constituée de psychiatres, d'infirmiers, d'ergothérapeutes, de psychologues et de travailleurs sociaux. Lors de cette évaluation, ces équipes vont collecter des informations auprès de la personne mais aussi auprès de sa famille ou encore auprès des personnes lui prodiguant les soins actuels. L'objectif va être de connaître les raisons qui ont amené la personne à commettre l'infraction (Bryant et al., 2014, p.426).

Ensuite, une expertise des risques sera réalisée et l'ergothérapeute fait aussi partie de cette équipe. Le but va être d'explorer les facteurs de risque par rapport à l'individu et aux autres. Il est donc nécessaire de prendre en compte les antécédents du détenu. Ce diagnostic est réalisé à l'aide d'évaluations standardisées, comme la HCR-20, ou à l'aide d'évaluations dites « maison ». Quel que soit l'outil utilisé, les principes d'évaluation des risques est à respecter tout au long de l'accompagnement en ergothérapie (Bryant et al., 2014, p.430).

Cependant, en prison, le nombre de personnes présentant des troubles mentaux est en augmentation (Sénat, s.d.). Le trouble du comportement suicidaire fait partie des troubles mentaux, selon le DSM-5, et ce dernier est fréquent en prison. En effet, le taux moyen mondial correspond à 109 suicides pour 100 000 personnes en prison. En France, le taux de suicide est 7 fois supérieur en prison à celui de la population générale (Frizon & Bonfils, 2018). Par conséquent, le risque suicidaire, étant majoré en prison, est en lien avec l'environnement carcéral.

## **2. Le suicide et le risque suicidaire**

### *2.1 Différence entre idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide*

D'un point de vue terminologique, il existe une différence significative entre les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide. C'est donc pour cela que nous allons différencier ces trois termes au cours de cette partie afin de comprendre les différents enjeux et

les signes cliniques qui entrent en compte. En effet, ces trois termes font partie du domaine des violences autodirigées suicidaires, à la différence de la violence autodirigée avec une intention indéterminée ou non suicidaire (Klonsky et al., 2016). Selon l'US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le suicide correspond à « la mort causée par un comportement autodirigé blessant avec l'intention de mourir à la suite de ce comportement » (CDC 2015a, Crosby et al. 2011, dans Klonsky et al., 2016). La tentative de suicide est définie comme étant « un comportement autodirigé non fatal, potentiellement blessant, avec l'intention de mourir à la suite de ce comportement même si le comportement n'entraîne pas de blessure » (CDC 2015a, Crosby et al. 2011, dans Klonsky et al., 2016). Enfin, l'idéation suicidaire se définit par « le fait de penser au suicide, de l'envisager ou de le planifier » (CDC 2015a, Crosby et al. 2011, dans Klonsky et al., 2016). De plus, lorsque des facteurs de risque de suicide sont retrouvés chez un individu, il est possible que des idées suicidaires soient présentes chez cet individu. Mais, ces facteurs de risque ne peuvent pas permettre de différencier les personnes ayant réalisé des tentatives de suicides des personnes qui ont des idées suicidaires sans faire de tentatives (Klonsky et al., 2016). Donc, les facteurs de risque permettent d'identifier la possible présence d'idées suicidaires chez une personne mais ils ne permettent pas de prédire les comportements pouvant découler de ces idées suicidaires. De plus, la plupart des personnes ayant des idées suicidaires ne font pas de tentatives de suicide (Klonsky et al., 2016).

## *2.2 Définition du trouble du comportement suicidaire selon le DSM-5*

Selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, n°5), le trouble du comportement suicidaire correspond à 5 critères pour que le diagnostic soit posé :

- A. « Au cours des 24 derniers mois, la personne a fait une tentative de suicide
- B. L'acte ne satisfait pas aux critères des lésions auto-infligées non suicidaires, c'est-à-dire qu'il ne concerne pas les blessures auto-infligées à la surface du corps réalisées pour soulager des émotions ou des états cognitifs négatifs ou pour atteindre un état émotionnel positif
- C. Le diagnostic ne s'applique pas aux idéations suicidaires ni aux actes préparatoires
- D. L'acte n'a pas été initié pendant un état confusionnel ou un délirium
- E. L'acte n'a pas été entrepris uniquement dans un but politique ou religieux » (Corcq et Guelfi, 2015, p.1032)

Le trouble du comportement suicidaire est considéré comme étant actuel dès lors que la dernière tentative de suicide date de moins de 1 an. Il est considéré comme étant en rémission précoce quand la dernière tentative date de 1 an à 2 ans. La tentative de suicide répond à l'une

des caractéristiques diagnostiques du trouble. Elle est la manifestation essentielle du trouble du comportement suicidaire. La tentative de suicide est une suite de comportements entrepris par l'individu lui-même dans l'intention de mourir. L'action de la tentative commence au moment de l'initiation, c'est-à-dire au début de l'application de la méthode au travers d'un moyen. Ce comportement peut entraîner des blessures voire des séquelles médicales graves. Le niveau de gravité des conséquences médicales dépend de divers facteurs : l'absence de préparation, la méconnaissance de la létalité de la méthode choisie, la faible intentionnalité, l'ambivalence, l'intervention fortuite d'un tiers après le début du comportement. Lorsque les actes de l'individu entraînent une hospitalisation ou la détresse de proches, il est possible que cet individu ne reconnaisse pas son intention. C'est l'une des autres caractéristiques diagnostiques du trouble. La dernière caractéristique diagnostique correspond à divers facteurs de risque : le degré de planification, donc le choix du moment et du lieu où le risque d'être interrompu ou secouru est diminué, l'état mental de l'individu au moment du comportement, une agitation aiguë inquiétante, une sortie d'hospitalisation récente, l'interruption récente d'un thymorégulateur.

De plus, le trouble du comportement suicidaire peut entraîner des anomalies secondaires à une tentative de suicide. Ces anomalies dépendent de la méthode utilisée. Par exemple, une méthode entraînant une perte de sang importante peut amener à une anémie, de l'hypotension, un état de choc. Une overdose peut entraîner la personne dans le coma, provoquer une obnubilation ou des déséquilibres électrolytiques. En plus, des anomalies secondaires, des retentissements fonctionnels peuvent aussi apparaître, comme des lacérations, des traumatismes osseux, une instabilité cardiorespiratoire, une inhalation de vomissement et étouffement ou encore une insuffisance hépatique (Crocq et Guelfi, 2015, p.1032).

Ensuite, le trouble du comportement suicidaire peut être catégorisé en fonction de différents critères. D'abord, il est classé en fonction de la violence de la méthode utilisée. Par exemple, les overdoses sont considérées comme étant non violentes. A contrario, la défenestration ou l'utilisation d'armes à feu sont des méthodes dites violentes. Ce trouble est aussi classé en fonction des conséquences médicales du comportement. Les tentatives à forte létalité nécessitent une hospitalisation après un passage aux urgences, par exemple. Enfin, il est classé en fonction du degré de préparation de la tentative (Crocq et Guelfi, 2015, p.1032).

Des facteurs environnementaux peuvent déclencher le trouble du comportement suicidaire. Parmi ces facteurs, nous retrouvons l'annonce d'une maladie grave, la perte soudaine et inattendue d'un proche, la perte d'un emploi, un déménagement. Ces facteurs déclenchants sont propres à chaque individu. Néanmoins, ce trouble peut survenir à n'importe quel moment

de la vie d'un individu. Ensuite, dans 25 à 30% des cas, les personnes ayant déjà réalisé une tentative de suicide réitéreront leur geste. Ces tentatives de suicide sont très variables selon la fréquence du comportement, la méthode utilisée et la létalité (Crocq et Guelfi, 2015, p.1032).

De plus, des comorbidités sont souvent associées au trouble du comportement suicidaire. Des affections mentales sont souvent présentes chez les personnes ayant ce trouble. Les pathologies mentales associées les plus fréquentes sont le trouble bipolaire, le trouble dépressif caractérisé, la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, les troubles anxieux, le trouble de l'usage de substance, les troubles de la personnalité borderline et antisociale, les troubles des conduites alimentaires et les troubles de l'adaptation. Mais, cette affection est peu présente chez les personnes n'ayant pas de maladie apparente (Crocq et Guelfi, 2015, p.1032).

### *2.3 Epidémiologie*

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité chez les 15 – 29 ans. En comparaison, en 2019, le suicide était la 4<sup>ème</sup> cause de mortalité. En effet, plus de 700 000 personnes se suicident chaque année dans le monde (OMS, 2021). Néanmoins, lorsqu'un suicide est réalisé, plusieurs tentatives de suicide ont été réalisées auparavant, d'une manière générale. Or, le 1<sup>er</sup> facteur de risque de suicide dans la population générale est la tentative de suicide. De plus, en 2019, 77% des suicides ont été réalisés dans les pays aux revenus faibles ou intermédiaires, soit la majorité (OMS, 2021). Selon l'OMS, la méthode la plus utilisée est l'ingestion de pesticides, dans 20% des cas. Cette dernière est la plus fréquente dans le monde et est surtout utilisée dans les zones agricoles ou rurales dans les pays aux revenus faibles ou intermédiaires. La pendaison et le suicide par arme à feu sont aussi deux méthodes très courantes. L'OMS estime que ces suicides peuvent être évités en réalisant des interventions de prévention basées sur des chiffres en lien avec le risque suicidaire à donner à la population générale. Il est donc important de connaître les méthodes utilisées pour pouvoir construire des actions de prévention efficaces et réduire l'accès aux moyens (OMS, 2021).

L'OMS explique qu'un lien entre le trouble mental et le suicide existerait dans les pays aux revenus élevés, plus particulièrement avec la dépression et les troubles liés à l'usage de l'alcool (OMS, 2021). En effet, 90% des personnes qui se suicident présentent des pathologies mentales mais plus de 98% des personnes ayant des troubles mentaux ne décèdent pas par suicide. Certaines de ces affections provoquent un risque suicidaire plus élevé que d'autres (Klonsky et al., 2016). Mais, les troubles mentaux ne sont pas les seules variables cliniques et psychologiques pouvant influencer le risque de suicide. En effet, la dépression (un des facteurs

les plus forts d'idées suicidaires), le désespoir (prédiction au suicide et aux tentatives de suicide, très élevé chez les personnes ayant des idées suicidaires) et l'impulsivité sont aussi des variables cliniques et psychologiques influençant le risque suicidaire (Klonsky et al., 2016). Beaucoup de suicides sont réalisés dans l'impulsivité, notamment lors d'un moment de crise ou de défaillance de l'aptitude à faire face aux stress de la vie, comme la survenue de problèmes financiers, une rupture, la maladie, des douleurs chroniques. Le risque suicidaire peut aussi être majoré par l'existence de conflits, de catastrophes, de violence, de maltraitance, d'un deuil, d'un sentiment d'isolement (OMS, 2021). Aussi, chez les personnes vulnérables pouvant subir des discriminations, le taux de suicide est plus important. Les populations autochtones, les personnes de la population LGBT (lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées), les réfugiés, les migrants et les prisonniers font partie de ces populations vulnérables (OMS, 2021).

## *2.4 Les origines et évolutions du suicide*

### *2.4.1 La motivation*

Tout d'abord, aux origines du comportement suicidaire se trouvent les motivations du suicide. En effet, la tentative de suicide correspond à une réelle envie de mourir. Ce désir fait donc référence à une motivation. Ainsi, diverses motivations peuvent exister comme la fuite, la modification de l'environnement et la gestion d'un état d'esprit insupportable (Klonsky et al., 2016). Mais, ces motivations peuvent être d'origines internes, donc orientées vers soi, ou d'origine de la communication, donc orientées vers les autres. Elles sont rarement les seules puisqu'elles sont souvent additionnées aux intentions externes. Les motivations internes comprennent le désespoir, une douleur émotionnelle extrême, le besoin de s'échapper. Et, dans les motivations de communication, nous pouvons retrouver, le désir de communiquer avec les autres et le désir d'influencer ou de demander de l'aide. Ainsi, en fonction de la motivation de l'individu, le type de tentative de suicide sera différent (Klonsky et al., 2016). En connaissant les différentes motivations du suicide existant d'un individu à un autre, les connaissances sur le suicide et la prévention du suicide pourraient être améliorées. Cela permettrait aussi de trouver des solutions alternatives pouvant résoudre les difficultés rencontrées par l'individu et ainsi diminuer la probabilité qu'une tentative de suicide survienne (Klonsky et al., 2016).

### *2.4.2 Le développement des idées suicidaires vers la tentative de suicide*

Cette motivation va donc permettre le développement de l'idéation suicidaire et la progression de l'idée suicidaire vers les tentatives de suicide. Ainsi, plusieurs théories ont fait leur apparition pour expliquer le processus entre l'idéation et l'action. Tout d'abord, il y a la

théorie interpersonnelle du suicide (Joiner, 2005, dans Klonsky et al., 2016), 1<sup>ère</sup> théorie du suicide ayant expliqué le cadre entre l'idéation et l'action. Cette théorie explique les liens existants entre le désir suicidaire et le passage à l'acte. Ainsi, la perception d'un fardeau et le faible sentiment d'appartenance conduisent au désir du suicide. Cependant, le passage à l'acte demande d'affronter les peurs de la mort et de la douleur. Ensuite, la théorie Intégrée Motivationnelle – Volitive (IMV) (O'Connor, 2011, dans Klonsky et al., 2016) est la 2<sup>ème</sup> théorie de l'idéation à l'action. Cette dernière explique que les causes principales de l'idéation suicidaire proviennent de la défaite et du piège. De plus, la capacité acquise pour réaliser une tentative de suicide et d'autres facteurs, comme l'accès aux moyens létaux, la planification, l'impulsivité, permettent de prédire et expliquent la progression de l'idéation à l'action. Ainsi, dans le cadre de l'idéation à l'action les facteurs de risque d'idées suicidaires sont différents des facteurs de risque de tentative de suicide. Dans les facteurs de risque d'idées suicidaires, il y a les troubles mentaux, la dépression, le désespoir, l'impulsivité, l'automutilation non suicidaire. Et, dans les facteurs de risque de tentatives de suicide se trouvent certains troubles mentaux, l'accès aux moyens létaux, la connaissance des moyens létaux, l'impulsivité, l'automutilation non suicidaire. Enfin, la dernière théorie est la théorie du suicide en 3 étapes ou modèle 3ST (Klonsky et May, 2015, dans Klonsky et al., 2016). Cette théorie permettrait d'améliorer la compréhension et la prédiction du suicide, du comportement suicidaire et de l'idéation suicidaire. La 1<sup>ère</sup> étape correspond au « développement de l'idée suicidaire ». Une douleur psychologique ou émotionnelle survenue à la suite d'une expérience de vie négative arrive et diminue le désir de vivre. Néanmoins, si le désespoir n'est pas présent, alors la douleur seule ne provoquera pas d'idées suicidaires. Donc, c'est la combinaison de la douleur et du désespoir qui provoque les idées suicidaires. Puis, l'étape 2 nommée « idées fortes ou modérées » est un comportement suicidaire pouvant être létaux. Ce comportement survient quand la douleur dépasse la connectivité, c'est-à-dire le lien avec d'autres personnes, un intérêt, un rôle, un projet ou tout autre sentiment de but ou de sens permettant à la personne de continuer de vivre. Donc, quand la douleur est supérieure à tout sentiment d'appartenance, alors l'idéation suicidaire est forte. Mais, si le sentiment d'appartenance reste supérieur à la douleur, alors l'idéation suicidaire est modérée. Ainsi, ce sentiment d'appartenance est le facteur de protection le plus important chez les personnes ayant des idées suicidaires. Enfin, l'étape 3 correspond à « la progression de l'idée à la tentative » en se concentrant sur les conditions pouvant amener à la tentative de suicide. Elle analyse les capacités de la personne à faire une tentative de suicide et donc de surmonter la peur de la mort (Klonsky et May, 2015, dans Klonsky et al., 2016).



## *2.5 Les traitements*

Une fois les comportements signalés, certains traitements symptomatiques peuvent être efficaces pour réduire les pensées et les comportements suicidaires. Mais, il n'existe pas de traitement de référence spécifique au trouble du comportement suicidaire (Klonsky et al., 2016). Toutefois, des thérapies peuvent être envisagées afin de diminuer le risque suicidaire. La thérapie comportementale dialectique (TCD), basée sur l'acceptation, va combiner diverses stratégies comportementales. Elle est destinée aux personnes présentant des comportements auto-agressifs et suicidaires. Puis, la thérapie cognitive pour la prévention du suicide (TC-PC) a pour but d'atténuer le désespoir. Elle va donc utiliser l'évaluation et la remise en question de l'exactitude des hypothèses du patient. Elle va permettre au patient de trouver des stratégies d'adaptation et de compétences en matière de résolution de problèmes. Enfin, l'évaluation et la gestion collaborative du risque de suicide (CAMS) va permettre d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de traitement en utilisant une approche collaborative, sans jugement. Cette évaluation est axée sur le développement d'une relation thérapeutique forte entre le patient et le thérapeute. Ainsi, cette relation thérapeutique servira de base de travail (Klonsky et al., 2016).

## *2.6 Le suicide en prison*

En prison, le suicide est plus fréquent que dans la population générale et correspond à la 1<sup>ère</sup> cause de décès en prison dans le monde. En effet, le taux moyen mondial est de 109 suicides pour 100 000 personnes en prison. En France, le taux de suicide est 7 fois supérieur en prison à celui de la population générale (Frizon et Bonfils, 2018). Dans 90% des cas, le suicide est réalisé par pendaison ou par auto-strangulation et le plus souvent lorsque la personne est seule en cellule. Mais, l'intoxication volontaire (7%), la phlébotomie (5%) et la défenestration (2%) sont 3 autres moyens de suicide pouvant être utilisés en prison (Frizon et Bonfils, 2018). Plusieurs interactions de facteurs interviennent avant le suicide. Tout d'abord, il y a les facteurs individuels dont les principaux sont : être marié, avoir un faible niveau d'éducation, ressentir un isolement social, avoir des relations familiales conflictuelles. Cependant, le fait d'avoir peu de visites lors de l'incarcération, ou bien vivre des événements de vie négatifs ou stressants, éprouver de la culpabilité, de la honte ou du désespoir vont augmenter le risque de suicide. De plus, les troubles mentaux (dépression, psychoses, troubles des usages) sont aussi des facteurs importants en détention. Ce qui augmente plus le risque de suicide en prison sont les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires (Frizon et Bonfils, 2018). Ensuite, il existe des facteurs environnementaux pouvant majorer le risque suicidaire : l'isolement physique, les conditions de vie telles que des relations de mauvaise qualité entre les surveillants et les détenus,

du harcèlement, des menaces ou encore de l'inactivité, la surpopulation carcérale (Frizon et Bonfils, 2018). Enfin, certains facteurs criminologiques et judiciaires augmentent le risque de suicide. Il y a 2 fois plus de suicides chez les prévenus que chez les condamnés. En effet, 72% des suicides surviennent lors de la première année d'incarcération, et le risque augmente quand une nouvelle accusation ou une nouvelle condamnation survient pendant la période d'incarcération. La durée de la peine influence aussi le risque de suicide. Plus les peines sont longues, plus le risque de suicide augmente. En effet, il y a eu 35 suicides pour 100 000 détenus ayant une peine inférieure à 6 mois, contre 163 suicides pour 100 000 détenus ayant une peine supérieure à 5 ans. Enfin, les auteurs de crimes violents comme les homicides, viols et autres violences sexuelles, sont sujet à un risque suicidaire plus important (Frizon et Bonfils, 2018).

Ainsi, l'ergothérapeute a son rôle à jouer dans l'accompagnement des personnes détenues. Etant donné que le suicide est fréquent en France, l'ergothérapeute sera amené à orienter son accompagnement sur le risque suicidaire présent chez certains détenus. Ces accompagnements peuvent aussi se centrer sur d'autres facettes de l'environnement carcéral.

### **3. L'ergothérapie au sein du système carcéral**

#### *3.1 La profession d'ergothérapeute*

En 2022, on dénombrait environ 14 000 ergothérapeutes en France. Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute, est « un professionnel de santé, exerçant dans les champs du sanitaire, médico-social et social ». Plus précisément, l'ergothérapeute est « un spécialiste du rapport entre l'activité et la santé ». En effet, au travers de moyens divers et variés, il va jouer un rôle autour de la prévention en modifiant les activités pouvant nuire à la santé de l'individu. De plus, l'ergothérapeute va favoriser l'accès des personnes à leurs occupations qu'ils veulent ou doivent faire dans le but de la réaliser de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace (ANFE, s.d.). De ce fait, l'ergothérapeute va pouvoir intervenir auprès de personnes rencontrant des difficultés à faire leurs activités et auprès de personnes en situation de handicap ou susceptibles de l'être. Il accompagnera des personnes de tout âge rencontrant des difficultés physiques, sensorielles et/ou psychologiques (ANFE, s.d.). C'est le professionnel de l'activité de la vie quotidienne. Au travers de divers moyens, comme des évaluations, des entretiens, des mises en situation ou des aides techniques, l'ergothérapeute va trouver des solutions, enlever des limitations pour permettre à la personne d'agir sur son environnement dans le but de mener une vie satisfaisante (ANFE, s.d.). L'ergothérapeute a différentes missions auprès de la personne qu'il accompagne :

lui permettre d'identifier ses difficultés, de récupérer ses capacités fonctionnelles et psychiques, s'adapter à ses limites et réinvestir ses activités et ses rôles sociaux antérieurs (ANFE, s.d.). Afin que l'individu puisse évoluer dans un environnement sécurisé, adapté et accessible à ses besoins, il va préconiser des aides techniques, des assistances électroniques, des aides humaines et animales et il pourra apporter des modifications matérielles (ANFE, s.d.).

### *3.2 Où travaille l'ergothérapeute dans le système carcéral ?*

Ainsi, pour pouvoir aider au mieux les détenus, l'ergothérapeute est amené à travailler dans différents services rattachés à la prison. Il peut donc travailler dans les prisons, dans des unités fermées ou bien dans des services comprenant des spécialités. Dans ces différents lieux, la santé mentale des détenus sera mise en avant. L'accompagnement de l'ergothérapeute variera en fonction de la nature des services, de leur sécurité mais aussi en fonction de la population accueillie (Bryant et al., 2014, p.426). Les services sont donc classés par ordre d'intensité de sécurité. Ensuite, les capacités de choix sont retirées aux personnes détenues du fait de l'environnement et la réglementation dans lesquels ils évoluent. C'est donc pour cela qu'il est important que les équipes de soins doivent savoir reconnaître l'impact de l'environnement social sur le détenu. Cet environnement social peut contenir des intimidations, du harcèlement ainsi que des relations d'exploitation. Donc, au sein de la prison, ce sont les professionnels de santé qui réalisent et organisent les soins de santé. Ces actes sont réalisés dans une partie spécifiquement dédiée aux soins de la prison. Fournir aux détenus un service équivalent à celui qu'il recevrait en dehors de la prison est l'objectif principal de ces services de santé (Bryant et al., 2014, p.429).

#### 3.2.1 Les unités à faible sécurité

Premièrement, il existe des unités à faible sécurité. Ces dernières peuvent être présentes au sein des hôpitaux psychiatriques. Dans ces unités, des personnes présentant un faible risque pour les autres seront présentes. La nature de leur infraction n'est pas catégorisée comme constituant un crime grave. Ces personnes peuvent tout de même provenir d'unités à sécurité moyenne et elles peuvent avoir travaillé sur la réinsertion, ou bien, elles peuvent arriver directement de services pénitentiaires. Malgré une sécurité présente, avec des portes verrouillées ou bien des restrictions diverses, les détenus peuvent se déplacer librement à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité. Ces déplacements peuvent être accompagnés ou non en fonction du risque que représente la personne (Bryant et al., 2014, p.426).

### 3.2.2 Les unités de sécurité moyenne

Deuxièmement, les ergothérapeutes peuvent aussi travailler au sein d'hôpitaux régionaux sécurisés dont la sécurité est à un niveau moyen. Ici, les détenus sont plus surveillés. Leurs déplacements sont limités, les portes sont verrouillées et le détenu doit être accompagné lors des déplacements vers une zone de thérapie. De plus, des contrôles de sécurité sont effectués régulièrement par le personnel de l'unité. Les personnes accueillies proviennent d'unités de faible sécurité, du fait d'une augmentation des comportements à risque par exemple, ou bien de la prison ou du tribunal. Les hôpitaux régionaux sécurisés ont deux objectifs principaux :

- Fournir un niveau de sécurité inférieur à celui d'une unité à sécurité élevée
- Fournir un meilleur accès à l'évaluation, au traitement et aux interventions afin de progresser vers la réhabilitation et l'intégration communautaire (Bryant et al., 2014, pp. 427-428).

### 3.2.3 Les unités à sécurité élevée

De plus, l'ergothérapeute pourra aussi intervenir dans des hôpitaux spéciaux. Ces derniers ont un niveau de sécurité important où toutes les activités thérapeutiques se réaliseront dans un cadre de sécurité maximale. Des personnes jugées comme étant dangereuses présentant un risque pour elle-même et pour les autres s'y trouvent. Ces hôpitaux vont jouer un rôle important sur la sociabilisation des patients, puisque leur objectif va être d'augmenter les interactions sociales. Un autre objectif va être de développer les compétences du patient au travers de l'art, de l'éducation, de la vocation, de la formation et aussi grâce à des activités sociales (Bryant et al., 2014, p.428).

### 3.2.4 Les autres unités

Il existe aussi d'autres unités appelées « unités pour les troubles graves de la personnalité » accueillant les délinquants violents et sexuels considérés comme incurables dans les autres unités. Ces services sont donc destinés aux personnes susceptibles de commettre une infraction pouvant entraîner des dommages physiques ou psychologiques graves sur la victime. Elles accueillent aussi des personnes présentant des troubles graves de la personnalité. De plus, un lien serait préexistant entre ce trouble et la récidive. Au sein de ces unités, des soins de santé mentale seront proposés aux personnes qui sont ou qui ont été considérées comme dangereuses du fait d'un grave trouble de la personnalité (Bryant et al., 2014, p.428).

### *3.3 Les conditions de travail de l'ergothérapeute*

Afin de mener à bien son exercice professionnel dans le cadre du système pénitentiaire, l'ergothérapeute doit travailler dans des environnements sécurisés. Cela implique de prendre en compte le risque de chaque rencontre, d'où l'importance de consulter le dossier médical du patient avant chaque intervention dans le but de connaître son niveau de dangerosité. Il doit créer un environnement thérapeutique permettant aussi la gestion des risques. L'ergothérapeute doit donc trouver un certain équilibre entre ces deux éléments (Bryant et al., 2014, pp .429-430). De plus, pour pouvoir répondre à ces éléments, il doit suivre des protocoles stricts en termes de risques et de sécurité pour lui-même mais aussi pour les autres et répondre à des exigences légales. Du fait de ces protocoles, les accompagnements en ergothérapie peuvent donc être difficilement réalisés (Bryant et al., 2014, p.425).

De plus, la communication entre les équipes est importante avant chaque intervention afin de permettre une gestion efficace des risques. Mais cette seule communication ne suffit pas, il faut aussi que chacun prenne des mesures de sécurité de manière individuelle. (Bryant et al., 2014, p.430). En effet, le travail d'équipe sera un facteur important dans tous les établissements de santé et sociaux. La qualité du travail d'équipe exercera une influence importante sur la qualité des soins et des thérapies. C'est pour cela, qu'il sera essentiel de clarifier les rôles de chaque professionnel intervenant auprès du patient et connaître les missions ne relevant pas de ses fonctions (Bryant et al., 2014, p.430).

Enfin, il sera important pour l'ergothérapeute de connaître la vision du détenu vis-à-vis de sa maladie mentale. En effet, ce regard peut varier d'une culture à une autre. Donc, l'ergothérapeute se doit de proposer un accompagnement personnalisé et adapté à la personne dans sa globalité (Bryant et al., 2014, p.432).

### *3.4 Les missions de l'ergothérapeute*

L'ergothérapeute possède un objectif majeur auprès des patients détenus. Cet objectif consiste donc à défendre les intérêts de l'individu. Pour ce faire, des plans d'accompagnement individualisés devront être réalisés. Ces derniers ont pour but de développer les compétences et de réaliser des objectifs comprenant la sécurité et la gestion des risques. L'ergothérapeute va, de plus, trouver des moyens permettant d'aider le service à construire des plans d'accompagnement individualisés. Aussi, pour permettre aux personnes de s'engager dans une thérapie dans le but de maintenir la motivation, l'ergothérapeute utilisera ses compétences d'analyse et adaptera les différents environnements dans lesquels évolue la personne. Pour ce

faire, l'ergothérapeute donnera la possibilité à chacun de faire des choix, les aidera à développer des compétences et constituera des objectifs avec eux. Les différents accompagnements réalisés par l'ergothérapeute pour développer les compétences de l'individu comprennent :

- La gestion de la colère
- De la budgétisation, de la cuisine et des compétences de vie autonome
- La communication et l'assertivité
- De la sensibilisation aux drogues et à l'alcool
- L'alphabétisation et l'éducation
- Des ateliers sur la motivation
- Du développement relationnel
- Des compétences sociales
- Le développement professionnel des compétences (Bryant et al., 2014, p.431).

Ces accompagnements généraux ergothérapeutiques seront identiques entre les services médico-légaux et pénitentiaires ainsi que dans les environnements non sécurisés. De plus, l'ergothérapeute devra être très attentif lors de ses ateliers notamment lors de l'utilisation d'outils divers présentant des risques importants d'atteintes corporelles. Il est malgré tout important de ne pas restreindre les activités lorsqu'une personne présentant des risques est présente lors des séances (Bryant et al., 2014, p.430). Il faudra donc compter les outils dangereux avant et après chaque séance. Ainsi, l'ergothérapeute utilisera l'activité comme outil thérapeutique. En utilisant cette dernière, l'ergothérapeute favorisera l'engagement occupationnel, permettra la possibilité de choix, développera des compétences, favorisera la motivation et travaillera avec l'individu pour réaliser son potentiel. Parmi ces activités, nous pouvons retrouver l'art, l'artisanat, la musique, l'informatique, le travail du bois, les médiations animales, le jardinage ou encore le sport (Bryant et al., 2014, pp. 427-428). Ces activités sont réalisées dans un environnement ne rappelant pas le côté institutionnel. Cela pourrait empêcher la personne de faire des choix et entraverait son autonomie. Enfin, l'ergothérapeute sera amené à travailler en collaboration avec les agents de service pénitentiaire dans le but de favoriser l'engagement occupationnel de manière positive chez les détenus (Bryant et al., 2014, p. 431).

Au travers des différentes médiations proposées, l'ergothérapeute devra soutenir et valoriser les individus. Ce soutien favorisera leur engagement dans des activités significatives. Le fait de trouver une activité significative limitera l'aliénation et les comportements antisociaux de l'individu. De plus, cela lui permettra de s'impliquer dans la société. Ainsi, en explorant

diverses activités, l'ergothérapeute permettra aux détenus de trouver d'autres occupations que celles en lien avec la délinquance. En trouvant une activité favorisant sa santé, la personne répondra à ses propres besoins internes et sa satisfaction sera meilleure (Bryant et al., 2014, p. 432). Par ailleurs, la patience de la part de l'ergothérapeute lui permettra d'établir une relation de confiance avec le patient. En effet, avant de commencer tout accompagnement et toute activité, une relation de confiance doit être établie entre le patient et le thérapeute. Le patient n'exprimera pas ses pensées et comportements suicidaires avec l'ergothérapeute si cette relation de confiance n'est pas établie au préalable (Andersson et al., 2019).

### *3.5 La sécurité relationnelle*

Dans un contexte médico-légal, diverses notions se rapportant à la posture professionnelle et notamment au lien entre le patient et le thérapeute vont être importantes. En effet, il sera nécessaire de créer une relation de confiance entre le thérapeute et le patient afin de garantir la sécurité de tous. Pour cela, la sécurité relationnelle ainsi que l'obtention d'une alliance thérapeutique sera nécessaire. La sécurité relationnelle correspond à la « connaissance et la compréhension d'une personne et de l'environnement par le personnel et comment cette connaissance et cette compréhension sont traduites en une réponse et des soins appropriés » (Bryant et al., 2014, p.427). La sécurité relationnelle va ainsi permettre de maintenir la sécurité du fait d'une relation thérapeutique (Bryant et al., 2014, p.427). Cette dernière peut se traduire par le fait d'avoir une alliance thérapeutique avec le patient accompagné. D'une manière générale, l'alliance thérapeutique correspond à « la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient » (Collot, 2011, p.35). Ainsi, pour maintenir cette sécurité, il va être important de développer des relations thérapeutiques positives, d'apprendre à gérer la violence et l'agressivité d'un individu et notamment du patient, de proposer des réponses individuelles aux interventions thérapeutiques et enfin de connaître les différentes modalités quant à la sécurité (Bryant et al., 2014, p.427). Néanmoins, une alliance thérapeutique, tout comme une relation thérapeutique, ne peut se créer dès les 1<sup>ers</sup> contacts avec le patient. Elle se créera au fur et à mesure des interventions du thérapeute, interventions étant adaptées aux besoins du patient (Collot, 2011, p.36), mais commence dès la rencontre (Collot, 2011, p.42). En effet, les 1<sup>ères</sup> impressions de ce 1<sup>er</sup> entretien influenceront la qualité de l'alliance thérapeutique (Collot, 2011, p.43) mais cette dernière variera tout au long de l'accompagnement (Collot, 2011, p.44). Carl Roger explique que « la rencontre, chaleureuse, subjective et humaine de 2 personnes est plus efficace pour amener un changement que ne peut l'être le système technique le plus perfectionné » (dans Collot, 2011, p.44). Le thérapeute doit donc réussir à trouver un équilibre

entre le savoir qu'il possède, soit ses connaissances théoriques et techniques, et le non-savoir, soit son intuition et sa créativité, pour ainsi permettre une certaine disponibilité extérieure et intérieure, ainsi qu'une écoute pour parvenir à être en accord entre les besoins du patient et l'accompagnement proposé (Collot, 2011, p.44 et 45). Le cadre thérapeutique aura aussi toute son importance dans la construction de cette alliance. Il est possible que le patient puisse y être sensible, que soit dans l'accompagnement ou dans l'environnement, par exemple l'atmosphère, l'ambiance, les meubles, l'éclairage, les objets ou bien la présence du thérapeute (Collot, 2011, p.46). Théodore Reik, dans son ouvrage *Ecouter avec la 3<sup>ème</sup> oreille* (2002) expliquait que : « extérieurement, il n'y a rien de fantastique : ce qui en fait quelque chose d'extraordinaire, c'est l'atmosphère psychique qui baigne la pièce et distingue cette heure de toutes les autres, la transformant en une expérience unique en son genre. C'est l'atmosphère entre le patient et le thérapeute qui, d'une situation simple, fait une situation magique ». Le thérapeute est garant du cadre instauré : accueillant et sécurisant. Il permettra de débiter le processus d'alliance thérapeutique (Collot, 2011, p.47). Ainsi, l'alliance thérapeutique est une conséquence d'un accompagnement adapté et ajusté au fil du temps selon les besoins du patient. Cela permettra de créer un contexte favorable à la création d'une alliance thérapeutique (Collot, 2011, p.36).

### *3.6 La construction d'un projet de vie*

Le projet de vie peut à la fois concerner l'incarcération, c'est-à-dire avoir un projet de vie en lien avec la détention, et à la fois concerner la libération du détenu, par conséquent le « après » de la détention. Ce projet de vie aura une importance pour le maintien de l'équilibre du détenu et notamment lorsque ce dernier présente un risque de suicide, en partie dû à son incarcération. Le terme de « projet » vient du latin *projicere* signifiant l'action de « se jeter en avant ». Le projet de vie correspond au projet *de* la personne, à la différence du projet *pour* la personne qui correspond plutôt à celui des professionnels intervenant auprès de cette personne (Joing, 2004). De plus, il existe différents termes pour « projet de vie », pouvant dépendre de la structure de soins. En effet, « plan de service individualisé », « projet personnalisé », « projet pédagogique », « projet thérapeutique » (Joing, 2004), « projet éducatif », « projet d'insertion », « projet personnalisé d'accompagnement » et « projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement » (ANESM, décembre 2008) sont des termes pouvant être employés dans diverses structures de soins. Ainsi, l'Agence Nationale de l'évaluation et la qualité des Etablissement et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a défini le projet de vie comme étant une « démarche de co-construction du projet entre la personne accueillie / accompagnée et les équipes de professionnels ». C'est aussi une démarche dynamique



répondant à des principes. Le rythme de ce projet personnalisé diffère d'un individu à un autre en fonction de ses projets, de la personne elle-même, de son rythme de pensée et d'action. C'est une co-construction présentant un équilibre entre la personne accompagnée et les personnes gravitant autour d'elle (ANESM, décembre 2008). Ce terme demande que les attentes de la personne soient prises en compte et que cette démarche soit individualisée, tout en ayant recours à des activités thérapeutiques individuelles ou bien collectives (ANESM, décembre 2008). Néanmoins, la loi n°2002-2 indique que chaque établissement accompagnant un individu se doit d'élaborer un ou plusieurs projets pour cette personne, dont au moins un projet par structure d'accompagnement. Le fait d'avoir plusieurs projets de vie dans différentes structures peut amener des incohérences dans les interventions, des incompréhensions de la part de la personne ainsi qu'une suractivité pouvant nuire à son confort de vie (ANESM, décembre 2008). De plus, les professionnels accompagnant l'individu créent un cadre permettant l'expression de ses attentes ainsi que celles de ses proches, afin qu'elles soient différenciées. La personne pourra aussi exprimer ses souhaits, désirs, envies et éléments de son projet aux professionnels, tout en ayant les représentations de ses propres besoins d'aide et d'accompagnement (ANESM, décembre 2008). C'est par ces expressions que le professionnel aidera la personne à comprendre sa situation et à exprimer plus précisément ses attentes, et par la suite lui proposer un accompagnement personnalisé. Mais, il n'existe aucune obligation légale pour la personne de participer à son propre projet, selon la loi n°2002-2. Ainsi, les professionnels l'encouragent à y participer mais ne peuvent l'y obliger (ANESM, décembre 2008). Le projet de vie devra être réévalué régulièrement pour s'assurer qu'il reste en adéquation avec les souhaits de la personne. En effet, la situation de l'individu évolue constamment, d'où la nécessité de maintenir une communication régulière entre les professionnels et la personne accompagnée. Le but ici va être de pouvoir continuer à respecter les souhaits de la personne et de ses proches. Pour pouvoir alimenter cette communication, les professionnels pourront se baser sur les événements ayant eu un impact important dans la vie de la personne, par exemple un déménagement, un changement de mode de vie, de travail ou des modifications des soins (ANESM, décembre 2008). La construction du projet de vie se fait en plusieurs étapes :

1. 1<sup>er</sup> contact et 1<sup>er</sup> recueil des attentes de la personne : cette 1<sup>ère</sup> étape, pouvant prendre du temps, constitue le début de la construction d'une alliance thérapeutique et d'une relation de confiance entre le professionnel et la personne.
2. Analyse de la situation avec objectivation des éléments d'analyse : ici, le professionnel va analyser les attentes de la personne pour réussir à co-construire un projet réalisable.

3. Co-construction du projet personnalisé : lors de cette étape, les différents intervenants tels que les professionnels, le patient et son entourage, peuvent être présents. Ce projet doit pouvoir respecter les habitudes de vie de la personne.
4. Décision quant au projet : dans cette étape, les objectifs, le programme thérapeutique et les moyens nécessaires pour réaliser ce projet sont établis.
5. Mise en œuvre du projet, réalisation de bilans intermédiaires et ajustement du projet pour répondre aux évolutions.
6. Co-évaluation pour procéder à une réactualisation du projet personnalisé : la personne, les professionnels et les partenaires concernés co-évaluent le projet personnalisé afin de mettre en place de nouveaux objectifs et modifier l'accompagnement et les actions entreprises.
7. Possibilité de rédiger le projet personnalisé mais la loi n°2002-2 n'exprime pas de formalités.

Chez les détenus, le risque suicidaire est fréquent. Malgré un accompagnement pouvant différer d'une personne à une autre, le rôle de l'ergothérapeute est le même entre une personne détenue ayant un trouble du comportement suicidaire et une personne libre ayant ce même trouble. Seuls les niveaux de sécurité seront différents en fonction de risque que représente la personne. Ainsi, des protocoles de sécurité sont mis en place.

#### **4. L'ergothérapie et le trouble du comportement suicidaire**

##### *4.1 Le rôle de l'ergothérapeute*

L'ergothérapie a deux principaux fondements qui sont les suivants : avoir une vie qui a du sens, relevant plutôt d'expériences subjectives de chacun, et avoir un équilibre des activités. Ainsi, le sens donné aux diverses activités et l'équilibre entre ces activités vont plutôt être centrées sur les désirs et les besoins de la personne (Andersson et al., 2019). Les ergothérapeutes vont utiliser ces expériences et besoins propres à personne accompagnée pour réaliser leurs interventions et utiliser différentes méthodes (Andersson et al., 2019). Ainsi, les activités de la vie quotidienne peuvent être un réel soutien dans la survie de l'individu et, c'est à cet instant que les ergothérapeutes vont pouvoir intervenir pour l'aider à mettre en lien ses activités, sa santé et son bien-être (Andersson et al., 2019). Cependant, certaines activités du quotidien de la personne peuvent être des activités autodestructrices et destructrices. Ces dernières vont donc être à prendre en compte lors des accompagnements (Andersson et al., 2019). C'est pourquoi, il sera important de comprendre l'intérêt du patient à réaliser ces activités qui lui sont nuisibles, mais tout de même significatives. En effet, l'ergothérapeute pourra donc l'aider à retranscrire cet

intérêt sur des activités plus saines tout en lui permettant d'éprouver le sentiment de sens de la vie (Andersson et al., 2019). L'ergothérapeute va l'aider à trouver d'autres occupations lui procurant le même sentiment de sens et de bien-être que les activités suicidaires ou destructrices (Andersson et al., 2019). Ainsi, lors de ses accompagnements, l'ergothérapeute utilisera des activités signifiantes et créatives afin de procurer une détente et un repos au patient (Andersson et al., 2019). L'accompagnement patient-centré permettra d'être axé sur l'individu. L'ergothérapeute percevra les choses du point de vue du patient et comprendra ce dernier pour lui proposer l'accompagnement le plus adapté (Andersson et al., 2019). En comprenant le patient, l'ergothérapeute pourra aussi comprendre comment ses difficultés affectent ses activités de la vie quotidienne, percevra l'impact de l'environnement physique et social sur son quotidien et son bien-être (Andersson et al., 2019). Pour aider au mieux le patient, l'ergothérapeute se concentrera sur les ressources et forces de ce dernier mais aussi sur la façon dont les activités de la vie quotidienne affectent sa santé et inversement. En effet, cela aidera l'individu à créer un équilibre entre ce qu'il peut, doit et veut faire pour obtenir un impact positif sur sa santé (Andersson et al., 2019). Par ailleurs, l'ergothérapeute pourra aider la personne en le mettant en lien avec des associations de soutien (Association Canadienne des Ergothérapeutes, s.d). D'où l'importance de prendre en compte la participation du patient dans différents contextes sociaux, notamment ses rôles au sein de la société, pour prévenir le risque de suicide (Andersson et al., 2019). D'une manière plus générale, l'ergothérapeute :

- Identifie les occupations et activités signifiantes de la personne avec son aide et celle de sa famille
- Permet la participation à des activités en créant des objectifs thérapeutiques
- Développe des stratégies cognitives pour minimiser ou améliorer les idées suicidaires
- Soutient la structuration de la vie quotidienne de la personne afin de pouvoir répondre à ses besoins (Association Canadienne des Ergothérapeutes, s.d)

#### *4.2 Les évaluations*

Afin d'évaluer le risque suicidaire, les ergothérapeutes évaluent fréquemment la situation de l'individu afin de déterminer les facteurs du risque suicidaire et les facteurs protecteurs (Andersson et al., 2019). Il existe donc des outils de dépistage standardisés comme :

- L'Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) (Straathof et al., 2021) : court questionnaire permettant la détection d'un risque suicidaire (National Institute of Mental Health, s.d)

- Le Patient Health Questionnaire 9 items (PHQ-9) (Straathof et al., 2021) : questionnaire permettant le diagnostic d'une dépression et en évaluer la gravité (MDCalc., s.d)
- Le Columbia Suicide Severity Rating (C-SSRS) (Straathof et al., 2021) : court questionnaire évaluant la gravité et l'urgence du risque de suicide (Columbia University Department of Psychiatry, 2021)

Toutefois, si l'évaluation affirme qu'un risque de suicide est présent, une intervention est nécessaire. Mais, l'intervention dépendra du niveau de risque à cet instant, du confort personnel du professionnel de santé vis-à-vis de la situation et de l'impact de l'intervention prévue. L'intervention devra tout de même être réévaluée et modifiée en fonction de l'évolution du niveau de risque du patient (Straathof et al., 2021). Pour pouvoir compléter l'évaluation et ajuster les interventions, les ergothérapeutes peuvent faire appel aux proches du patient et aux autres professionnels de santé l'accompagnant (Straathof et al., 2021). Ainsi, Straathof et al. (2021) ont élaboré un tableau représentant les différents niveaux de risque de suicide avec la description détaillée de ces niveaux (annexe III).

#### *4.3 Les interventions en ergothérapie*

Une fois la présence d'un risque de suicide établi chez un patient, l'ergothérapeute propose des interventions. Elles seront réalisées en fonction de la personne et différeront en fonction du niveau de risque identifié (Straathof et al., 2021). Ainsi, l'ergothérapeute interviendra lorsque la situation du patient est stabilisée, une fois que tous les soins médicaux ont été réalisés (Andersson et al., 2019). Mais l'ergothérapeute constitue aussi une phase de prévention du suicide avant que le patient ne passe en phase aiguë (Andersson et al., 2019). Lors des interventions, l'ergothérapeute ne doit restreindre les moyens thérapeutiques que le moins possible tout en s'assurant que l'environnement de soins permette la sécurité du patient (Straathof et al., 2021). Avoir un sentiment de contrôle, d'autonomie et d'espoir aidera aussi le patient à s'investir dans des activités qui lui sont significatives. Pour cela, une collaboration entre l'ergothérapeute et le patient sera nécessaire pour planifier, initier et suivre des objectifs globaux d'intervention (Straathof et al., 2021). Ils se concentreront sur l'amélioration de l'image de soi, la gestion du stress et du temps, la résolution de problèmes, l'adaptation et les compétences sociales. Pour ce faire, l'ergothérapeute aidera le patient à trouver des stratégies d'adaptation permettant son engagement dans des activités significatives (Straathof et al., 2021).

Il existe donc 4 stratégies d'adaptation qui sont les suivantes : « routine de santé et de bien-être », « modification de la réponse du corps au stress », « modification de la situation »

et « changement d'attitude ». La routine de santé et de bien-être implique d'avoir un sommeil suffisant, une hygiène de sommeil adaptée, des repas nutritifs réguliers, de l'exercice physique, des relations sociales et une participation aux loisirs. Le patient devra aussi être capable d'y intégrer des horaires réguliers spécialement pour ces occupations de bien-être. Ensuite, pour modifier la réponse du corps au stress, la respiration profonde, la relaxation, la distraction, l'exercice physique et la pleine conscience peuvent favoriser cette modification. C'est pourquoi le patient devra identifier les différents signes de stress et les symptômes d'épuisement pouvant être associés au stress, à la maladie ou au risque de suicide. La modification d'une situation va passer par l'établissement d'objectifs, la gestion du temps et une communication affirmée exprimant ses besoins ou ses limites. Puis, le changement d'attitude va permettre de réguler les émotions par des changements dans la pensée. En effet, les pensées négatives vont augmenter l'intensité des émotions pénibles. Donc, ce changement va s'effectuer au travers de la reconnaissance des distorsions de la pensée, de la remise en question, du recadrage des pensées négatives, de la pratique de la gratitude et des affirmations positives (Straathof et al., 2021).

Lors des interventions en ergothérapie, l'activité sera utilisée comme outils de traitement. En passant par l'activité, l'ergothérapeute arrivera à atteindre le patient d'une manière différente. L'activité peut néanmoins aussi être utilisée comme distraction afin que le patient puisse se concentrer sur autre chose que ses pensées suicidaires pendant un moment (Andersson et al., 2019). Lors des interventions, l'individu devra être motivé et avoir un sentiment de maîtriser sa vie car s'il a l'impression que les demandes qu'on lui fait sont trop exigeantes par rapport à ses capacités, cela générera du stress chez lui. Si ce stress apparaît, il essaiera de repousser ses limites et sera épuisé car l'énergie demandée sera trop importante. Ainsi, le risque de suicide est majoré (Andersson et al., 2019). Donc, lors de ses ateliers, l'ergothérapeute devra ajuster la charge en fonction de la situation du patient afin d'éviter qu'il se détériore (Andersson et al., 2019). L'ergothérapeute se doit d'encourager le patient à réitérer les activités perdues qu'il souhaite toujours réaliser afin d'éviter l'isolement social et lui procurer du bien-être. L'ergothérapeute doit amener ce dernier à oser se donner des défis, à rencontrer de nouvelles personnes, à faire des activités signifiantes pour donner un sens à sa vie (Andersson et al., 2019). Néanmoins, quelle que soit l'intervention proposée et le patient bénéficiaire, l'approche se doit de rester personnalisée et axée sur les solutions pour amener la personne à envisager d'autres possibilités que le suicide (Andersson et al., 2019). Malgré l'utilisation d'une approche personnalisée, les ateliers en groupe peuvent être bénéfiques pour limiter le risque de suicide. En effet, les patients constituant le groupe acquièrent un savoir, ils

peuvent éprouver un meilleur bien-être, et le sentiment d'appartenance à un groupe peut se faire ressentir et donc ressentir un état de bien-être physique et mental (Andersson et al., 2019).

Néanmoins, le concept de privation occupationnelle est présent au sein du système carcéral. Différents facteurs en prison favorisent la mise en place de la privation occupationnelle chez les détenus. Celle-ci n'est pas sans conséquence sur la santé mentale des détenus. Mais, les divers impacts peuvent varier d'une personne à une autre.

## **5. La privation occupationnelle**

### *5.1 Définition du concept*

La privation occupationnelle est caractérisée comme étant l'état d'un individu lorsqu'une circonstance externe l'empêche de réaliser une occupation signifiante pour lui, c'est-à-dire une activité qui a du sens pour lui personnellement, mais pas nécessairement pour la société. Ainsi, cette privation occupationnelle est provoquée par quelque chose en particulier d'extérieur à l'individu lui-même. En effet, selon Wilcock (1998, dans Whiteford, 1999), cette circonstance externe va empêcher la personne d'acquérir, d'utiliser ou de profiter de quelque chose. D'autres auteurs telle que Gail Whiteford ont pu définir autrement voire compléter la définition de Wilcock. Gail Whiteford (2000) explique que la privation occupationnelle est « une situation dans laquelle des personnes sont privées de la possibilité d'exercer des activités signifiantes en raison de facteurs indépendants de leur volonté ». Elle la caractérise aussi comme étant « un état dans lequel une personne ou un groupe de personnes est incapable de faire ce qui est nécessaire et significatif dans sa vie en raison de restrictions externes ». En règle générale, ces activités ont un sens pour la personne. Que ce soit dans le domaine social, culturel ou personnel, ces activités sont devenues difficiles voire impossibles à réaliser du fait de ces restrictions externes. Elle explique aussi que cet état va exclure la personne de ses engagements dans des occupations qui lui sont importantes et/ou signifiantes car ces circonstances externes lui échappent à son contrôle immédiat. Ces circonstances externes peuvent correspondre à quelqu'un ou à quelque chose d'externe à l'individu.

### *5.2 L'émergence du concept*

Néanmoins, le concept de privation occupationnelle reste un concept nouveau et en pleine émergence. Il est donc encore peu développé et en est qu'au premier stade de sa conceptualisation et de sa définition malgré les différents auteurs se penchant dessus. Ce concept doit donc encore être développé sur le plan théorique (Whiteford, 1997). Cet intérêt à

développer ce concept lui permettra d'obtenir une certaine crédibilité auprès d'autres disciplines que celle de l'ergothérapie en plus de l'adoption et l'utilisation de ce concept de la part de cette dernière. En effet, le concept de privation occupationnelle reste complexe et cela a pu être mis en évidence grâce à diverses recherches effectuées. Il y a donc un intérêt à poursuivre ces recherches pour le développer. C'est un état touchant une bonne partie de la population mondiale dont les causes doivent être traitées pour éviter l'élargissement de ce phénomène. Mais certains moyens ont aussi pu être utilisés notamment pour priver certains individus de l'opportunité de participer pleinement dans leur société (Molineux et Whiteford, 1999). Par exemple, selon la Commission Australienne des Droits de l'Homme de 2005, le taux d'emploi des personnes en situation de handicap est plus faible que celui des personnes qui ne le sont pas. Cette commission a ainsi pu émettre quelques hypothèses quant à cette constatation : peut-être que certains employeurs n'ont pas été sensibilisés au handicap ou bien la société renvoie des perceptions négatives du handicap qui interroge ces employeurs.

### *5.3 Un concept touchant de nombreuses personnes*

Au vu des notions de la privation occupationnelle abordées auparavant et de la détention, vue dans la prochaine sous-partie, une constatation d'exclusion a pu être observée. Par exemple, les détenus ont la possibilité de travailler au sein de l'établissement pénitentiaire mais ne sont pas soumis au Code du Travail. Par conséquent, les détenus possèdent moins de droits qu'une personne libre, ce sont les établissements qui fixent leurs propres règlements et leurs propres seuils de rémunération (Cligman et al., 2001, p276 – 277). Comme expliqué auparavant, la privation occupationnelle a pu être vécue par beaucoup de personnes dans le monde entier et dans des contextes parfois très différents. Pourtant, ces individus ne connaissent pas forcément ce concept restant un processus se déroulant sur une longue période. La privation occupationnelle est un concept différent de celui de la perturbation occupationnelle, cette dernière résultant d'une période de privation plus courte et passagère. L'individu se retrouve dans l'impossibilité de réaliser ses activités de la vie quotidienne, il est exclu de ses propres occupations qui ont un sens et une cohérence à sa propre existence. Enfin, malgré les nombreuses personnes étant ou ayant été en situation de privation occupationnelle, cette expérience est difficile à imaginer pour la population. En effet, les Hommes sont capables, avec ou sans difficultés et avec leurs propres normes et valeurs, de réaliser leurs occupations du quotidien comme ils le souhaitent. Cette capacité est possible car ils sont libres et peuvent faire des choix selon leurs préférences personnelles et leurs besoins individuels et/ou sociaux.

#### *5.4 La privation occupationnelle en prison*

La détention est un lieu favorisant la privation occupationnelle de part différents facteurs environnementaux. Ainsi, le fait que l'opinion publique soutienne le traitement sévère des détenus, cela entraîne une privation occupationnelle. De plus, la surpopulation carcérale joue aussi un rôle dans ce concept (Molineux et Whiteford, 1999). En effet, plus il y a de personnes en détention et plus la possibilité d'effectuer une activité se réduit. Ces facteurs, ne pouvant être modifiés, peuvent créer soit de l'habitude soit de la frustration chez le détenu du fait du manque de liberté, des installations limitées mais aussi du manque d'intimité. Ainsi, la privation occupationnelle favorisera la survenue d'émeutes en prison, de suicides, de désorientations épisodiques ou encore de psychoses. En effet, le choix des activités en prison sera placé au second plan. L'organisation routinière de l'environnement carcéral aura une plus grande importance. Ce manque de choix favorisera la désorientation temporelle et la construction d'un rôle identitaire du fait d'un désengagement du détenu dans ses activités de vie quotidienne. Par ailleurs, il y aura un impact négatif sur la réinsertion socio-professionnelle du détenu du fait de son désengagement occupationnel (Molineux et Whiteford, 1999). La privation occupationnelle lui engendrera des difficultés tant sur le plan physique, que psychique ou émotionnel, tels que des blessures, la peur d'être exploité ou bien la maladie. Le manque d'occupations ne permettra pas au détenu de développer certaines de ses capacités du fait qu'il ne puisse plus satisfaire ses besoins et du fait qu'il ne puisse plus agir sur son environnement. Cela créera donc un déséquilibre occupationnel par la suite (Molineux et Whiteford, 1999). Néanmoins, lorsque des activités sont proposées en prison pour les détenus, ces dernières permettent la recherche de la satisfaction des besoins du détenu. Par exemple, la préparation de la nourriture et l'entretien personnel font partie des occupations proposées. Néanmoins, l'humain a besoin « d'orchestrer les occupations quotidiennes dans l'environnement tout au long de sa vie » (Yerxa et al., 1989, dans Molineux et Whiteford, 1999). Par conséquent, si l'activité est imposée à la personne, alors cette dernière ne pourra pas ressentir de contrôle ou la possibilité de choix sur cette activité. Ainsi, il est possible que cette personne n'estime pas que cette activité soit une occupation signifiante pour elle. En effet, en prison, chaque activité est déterminée dans le temps par l'établissement pénitentiaire. L'autonomie du détenu lui est alors retirée. Or, si le détenu avait la possibilité de contrôle sur ses activités de vie quotidienne, cela permettrait le développement de ses capacités et il aurait ce sentiment de contrôle, nécessaire pour une réinsertion socio-professionnelle et un équilibre occupationnel (Molineux et Whiteford, 1999).



### **III- Problématique et hypothèses de recherche**

Initialement, notre question de départ était la suivante : **Comment l'ergothérapeute peut accompagner des détenus en privation occupationnelle dans la lutte contre le suicide pendant une peine d'emprisonnement au sein d'un centre pénitentiaire ?** C'est alors qu'aux travers de différentes recherches menées pour rédiger le cadre conceptuel, nos interrogations se sont affinées. Les recherches menées nous ont permis de faire un lien entre la sécurité relationnelle et la privation occupationnelle.

Nous rappelons la définition de la sécurité relationnelle donnée par Bryant et al : « la connaissance et la compréhension d'une personne et de l'environnement par le personnel et comment cette connaissance et cette compréhension sont traduites en une réponse et des soins appropriés » (2014, p.427). Nous rappelons aussi la définition de la privation occupationnelle de Gail Whiteford : « une situation dans laquelle des personnes sont privées de la possibilité d'exercer des activités significatives en raison de facteurs indépendants de leur volonté » (2000).

Le lien que nous avons pu établir est qu'il y a une spécificité liée à l'environnement du patient : la détention. Le thérapeute devra donc apporter une réponse appropriée à cet environnement, dans un cadre qui ne permet pas de réaliser certaines activités du fait de l'incarcération. Le thérapeute doit donc s'adapter à ce contexte et, par conséquent, au fait que le détenu n'ait pas accès à toutes ses activités significatives, ce qui le place dans une situation de privation occupationnelle. C'est de ce contexte que toute une complexité naît. En effet, pour pouvoir amener le détenu à trouver un certain équilibre occupationnel, l'ergothérapeute pourrait lui proposer des activités qui ont du sens. Toutefois, cela n'est pas forcément possible du fait de l'incarcération.

Ainsi, les professionnels de santé font appel à la sécurité relationnelle pour permettre une relation thérapeutique positive sécuritaire et répondant aux besoins du patient. Alors, nous nous sommes demandé : comment pouvons-nous mettre en place une sécurité relationnelle lors des ateliers d'ergothérapie, plus spécifiquement ? A quel moment faisons-nous appel à cette sécurité relationnelle ? De plus, la sécurité relationnelle est utilisée auprès de détenus, pouvons-nous tout de même l'utiliser auprès de personnes présentant un risque de suicide ? Qu'est-ce que cela implique ?

De cette façon, une problématique de recherche a pu émerger :

**Comment l'ergothérapeute peut-il instaurer une sécurité relationnelle avec des personnes incarcérées et en privation occupationnelle présentant un risque de suicide ?**

Tout au long de la recherche, nous avons été amenés à définir différentes notions en lien avec les occupations et le projet de vie. Ainsi, la 1<sup>ère</sup> hypothèse sera plus orientée sur l'utilisation d'activités signifiantes, du fait du sens que les détenus peuvent mettre sur certaines de leurs activités de vie quotidienne. Et, la 2<sup>ème</sup> hypothèse se portera donc sur la notion de projet de vie. En effet, cette notion amène le détenu à se projeter dans son avenir. Voici les 2 hypothèses :

Hypothèse 1 : utiliser des activités signifiantes et valorisantes pour le détenu permet d'instaurer une alliance thérapeutique et la sécurité relationnelle

Hypothèse 2 : aider le détenu à construire un projet de vie à plus ou moins long terme favorise la mise en place de la sécurité relationnelle

## **IV- Dispositif méthodologique**

### **1. Choix de la méthode**

Pour donner suite au recueil de données théoriques, nous allons réaliser une enquête de terrain dans le but de récolter des données empiriques.

Tout d'abord, une méthode est une « procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et de ses théorisations soit clair, évident et irréfutable » (Aktouf, 1987, p.27). Il existe 2 méthodes de recherche : la méthode quantitative et la méthode qualitative. C'est sur cette dernière méthode, la méthode qualitative, que sera basé notre sujet de recherche. Selon Kohn et Christiaens, la méthode qualitative « englobe toutes les formes de recherche sur le terrain de nature non numérique, tels que les mots et les récits » (avril 2014, p.69). Ainsi, il existe différentes formes de recueils de données empiriques comme l'analyse de documents, d'images ou de vidéos. Mais les formes les plus utilisées sont les entretiens ainsi que les observations (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.69). Pour cette recherche, nous utiliserons les entretiens. En effet, il nous sera impossible de mesurer les réponses des personnes interrogées à l'aide de chiffres ou de statistiques, contrairement à la méthode quantitative. Toujours selon ces mêmes auteurs, la recherche qualitative aura pour but de « s'inscrire dans la « description grossière » et la compréhension ancrée dans le terrain et en profondeur de l'objet de l'enquête » (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.69). Les données empiriques vont permettre de décrire un phénomène ainsi qu'aider à avoir des explications plus concrètes sur ce même phénomène (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.69). De plus, en utilisant cette méthode, les personnes interrogées auront la possibilité de s'exprimer librement et comme ils le souhaitent sans pour autant dépendre de l'environnement qui les entoure (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.70). A cela s'ajoute le fait que nous étudierons des personnes dans leur propre environnement naturel et en situation écologique, il nous sera donc nécessaire d'interagir avec les interrogés avec leur langage et dans leur environnement (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.70).

Cette méthode s'inscrira dans une démarche compréhensive puisque nous réaliserons l'étude d'un lieu et de son fonctionnement ainsi que les faits sociaux qui se créent à l'intérieur. Nous allons nous intéresser au sens du service médico-légal donné par les personnes interrogées et le sens qu'ils donneront à leurs actions et à leurs relations. Selon Weber (2010), cette démarche doit tenir compte du sens que les acteurs donnent à leurs actions et des motifs.

## **2. Approche utilisée**

Selon Aktouf, une approche est un « état d'esprit, une sorte de disposition générale qui situe l'arrière-fond philosophique ou métaphorique du chercheur ou de la recherche » (1987, p.27). Au sein de la méthode qualitative se trouvent 2 approches : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. Nous utiliserons l'approche hypothético-déductive puisqu'en « partant d'une ou plusieurs hypothèses, on applique un raisonnement déductif, c'est-à-dire des dispositions générales, connues d'avance, à une situation particulière traitée » (Aktouf, 1987, p.19). Nous établissons des déductions à partir d'hypothèses de recherche après avoir construit une problématique de recherche. Suite à cette problématique, « comment l'ergothérapeute peut-il instaurer une sécurité relationnelle avec des personnes incarcérées et en privation occupationnelle présentant un risque de suicide ? », 2 hypothèses sont apparues : utiliser des activités significatives et valorisantes pour le détenu permet d'instaurer une alliance thérapeutique et la sécurité relationnelle, et aider le détenu à construire un projet de vie à plus ou moins long terme favorise la mise en place de la sécurité relationnelle. Après cela, nous irons sur le terrain pour valider ou réfuter ces hypothèses de recherche. Nous analysons le particulier, donc la problématique, à partir du général, donc la question de départ (Aktouf, 1987, p.29).

## **3. La population de recherche**

Pour pouvoir répondre à notre problématique de recherche, une population de recherche, appelée échantillon a été déterminée. Selon Omar Aktouf, l'échantillon peut être défini comme étant « une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen » (Aktouf, 1987, p.72). Ainsi, cet échantillon servira de « base de mesure » (Aktouf, 1987, p.72). Il nous permettra de sélectionner certaines personnes car il sera impossible d'interroger toutes les personnes concernées par ce sujet (Aktouf, 1987, p.72). Ainsi, « extraire un échantillon, c'est choisir, selon des critères définis à l'avance, un certain nombre d'individus parmi les individus composant un ensemble défini, afin de réaliser sur eux des mesures ou des observations qui permettront de généraliser les résultats à l'ensemble premier » (Aktouf, 1987, p.72).

Nous allons donc interroger des ergothérapeutes travaillant auprès de détenus présentant un risque de suicide, au cours d'entretiens semi-dirigés. En effet, notre problématique de recherche se concentre sur la pratique de l'ergothérapeute spécifiquement, et notamment lors de ses interventions. Par conséquent, interroger d'autres professionnels de santé pouvant travailler auprès de ces mêmes patients serait moins pertinent. De plus, nous n'interrogerons

pas directement les patients concernés par cette recherche car nos questions pourraient impacter leur prise en soins.

Pour pouvoir créer cet échantillon, des critères d'inclusion et de non-inclusion ont pu être définis. Les critères d'inclusion correspondent à des critères nécessaires pour pouvoir répondre à la population que nous souhaitons interroger. Les critères de non-inclusion sont, quant à eux, des critères qui font que nous estimons que la personne ne correspond pas aux besoins nécessaires pour la recherche.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion ont donc été répartis dans le tableau suivant :

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute diplômé d'état</li> <li>• Ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé au sein d'une structure accueillant des détenus</li> <li>• Ergothérapeute prenant en soins des détenus présentant un risque de suicide avec ou sans autres pathologies</li> <li>• Ergothérapeute exerçant en France, du fait du sujet axé sur le système carcéral français</li> <li>• Pas de limite d'âge ou d'ancienneté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute ayant des expériences de prises en soins auprès de détenus, hors de France</li> <li>• Ergothérapeute ayant subi un traumatisme avec un patient détenu, en effet, il est possible que sa vision ne soit pas objective</li> </ul>

Cependant, il existe des limites pouvant être rencontrées pour pouvoir interroger ces personnes. Tout d'abord, la population de recherche que nous souhaitons interroger possède des critères très spécifiques. En effet, peu d'ergothérapeutes travaillent dans ce milieu en France. Par conséquent, plus le nombre de critères sera important, moins nous aurons de facilités à trouver une population répondant à tous ces critères. Ensuite, les entretiens pourront être réalisés en visioconférence, puisque nous nous intéressons à une population à l'échelle nationale, ou bien en présentiel. En effet, en ne voyant pas la personne en réel, sa communication non-verbale pourrait passer inaperçue. Or, les signes de la communication non-verbale peuvent parfois être révélateurs de certaines choses ou bien aider à comprendre le sens d'une phrase. Néanmoins, cette limite peut avoir aussi des avantages. Le fait de ne pas se déplacer permet de mobiliser plus de personnes et donc de trouver plus d'ergothérapeutes répondant aux critères prérequis pour réaliser l'entretien. Une autre limite pouvant être rencontrée pourrait être le fait de n'avoir que peu d'ergothérapeutes répondant à nos appels ou

à nos questionnaires de recrutement. Par conséquent, il nous sera nécessaire de créer un « réseau » d'ergothérapeutes en connaissant d'autres pouvant répondre aux critères de la population de recherche. Ce « réseau » pourra se créer au travers du bouche à oreille, des réseaux sociaux et des plateformes de discussions. Il fait ainsi appel au principe d'interconnaissances. Ensuite, pour les démarchages téléphoniques que nous effectuerons, il nous sera nécessaire d'appeler des structures différentes car il en existe diverses pouvant accueillir des détenus. En effet, parmi ces structures, nous pouvons retrouver : l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI), l'Unité pour Malades Difficiles (UMD), l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ou encore les Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP) (ministère de la Santé et de la prévention, 2022)

#### **4. Les techniques et outils de recueil de données empiriques**

##### *4.1 Choix de la technique*

Pour récolter des données empiriques concernant le sujet de cette recherche, nous effectuerons des entretiens. Les entretiens prendront la forme d'interviews. Omar Aktouf (1987, p.82) a défini l'interview comme étant un « questionnement oral ou une discussion avec un individu et qui porte sur un sujet prédéterminé dont on veut approfondir certains aspects à travers les réponses de la personne interviewée ». Ces entretiens permettront de récolter des informations sur une pratique, un modèle, une motivation, des actions. Comme expliqué auparavant, c'est l'une des techniques les plus utilisées pour récolter des données empiriques dans l'approche qualitative (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.70). Le but de ces entretiens va être de collecter des données tout en interrogeant une personne. Cet entretien sera structuré par un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes et des sujets à aborder au cours de l'entretien (Kohn & Christiaens, avril 2014, p.70). Il existe 3 types d'entretiens différents : dirigé, semi-dirigé, libre. Le choix du type d'entretien sera déterminé en fonction des objectifs et du type de recherche. (Imbert, mars 2010, p.24). Pour cette recherche, nous effectuerons des entretiens semi-directifs en interrogeant les ergothérapeutes au travers de différents thèmes, tout en ayant une trame. Les informations demandées seront de qualité et orientées vers un but (Imbert, mars 2010, p.24). Cette possibilité de liberté permet à la personne interrogée d'effectuer des liens seule entre les thèmes abordés. En effet, l'interviewé devra apporter des réponses précises, tout en restant large et sans dévier sur un autre sujet que celui de la question (Aktouf, 1987, p.88). Cependant, il existe quelques limites à l'utilisation d'entretiens pour recueillir des données empiriques. En effet, les propos des personnes interrogées pourraient être

biaisés du fait d'expériences professionnels différentes, de vécus de ces expériences différentes, d'un discours institutionnel (description de la vision de l'institution), ou d'un discours convenu (la personne répond ce que l'enquêteur voudrait entendre).

#### 4.2 *Choix de l'outil*

Le guide d'entretien sera l'outil de recueil de données empiriques que nous choisirons lors de nos entretiens (annexe VI). C'est une aide technique, un *memento*, un pense-bête (Combessie, 2007). Il est rédigé en amont de l'entretien (Combessie, 2007) pour permettre la réflexion de la formulation et du vocabulaire employé dans ces questions lors des échanges. Le guide d'entretien doit être facilement et rapidement consultable donc suffisamment détaillé et précis (Combessie, 2007). Il est composé de divers thèmes qui seront abordés au cours de l'entretien. Néanmoins, une certaine logique dans l'ordre des thèmes abordés doit être présente, sans pour autant exactement la suivre lors de l'entretien (Combessie, 2007). Il sera nécessaire de s'adapter à la personne interrogée. « L'entretien doit avoir sa propre dynamique » (Combessie, 2007).

### 5. **Réflexion sur l'objectivité et l'éthique du chercheur**

Afin de mener à bien cette recherche, il est important de pouvoir objectiver les différents propos, ainsi que de proposer une démarche éthique à la recherche. En effet, la méthode qualitative analyse la définition que les individus ont de la réalité. Par conséquent, cette vision reste subjective. C'est donc pour cela que le chercheur se doit d'effectuer un travail de distanciation afin de maintenir une position objective lors des entretiens.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'objectivité est la « qualité de ce qui donne une représentation fidèle de la chose observée », « le fait d'être dépourvu de partialité ». C'est pourquoi le chercheur devra développer des méthodes visant à rendre les résultats de l'enquête légitimes. La distanciation à l'objet fait partie de ces méthodes. Cette démarche consiste à ne pas laisser ses sentiments et jugements prendre le dessus de nos propos. Cela signifie de mettre de côté notre subjectivité et donc ne pas donner son avis personnel. Pour ce faire, le chercheur devra passer par l'étape de la déconstruction de ses propres connaissances et valeurs concernant le sujet afin de parvenir à réaliser ce travail de distanciation. C'est-à-dire qu'il faudra faire une rupture avec le sens commun et se méfier des évidences, tout en s'interrogeant sur l'origine des faits pouvant paraître comme évidents.

Ce travail de recherche demande au chercheur, pour maintenir cette objectivité, d'être attentif quant aux représentations sociales pouvant exister concernant le sujet choisi, aussi bien chez les interrogés que chez le chercheur. En effet, Jodelet, dans son ouvrage *Les représentations sociales*, explique que celles-ci sont des « systèmes d'interprétations régissant notre relation au monde et aux autres qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales ». Elles « circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels ou spatiaux » (Jodelet, 1989, p.48). Par conséquent, le chercheur n'accèdera pas au réel ou à la réalité du monde mais aux représentations de la personne interrogée (Wagner, 1996).

En effet, diverses représentations sont véhiculées dans la société concernant le milieu carcéral. Ces représentations sont parfois ambivalentes puisque la prison peut être un lieu qui attriste, qui passionne ou bien qui révolte. Mais, elle peut aussi être un espace de non-droit ou une institution totalitaire rigide. La population estime que c'est un lieu où « règne la loi du silence », que c'est un « lieu de concentration de toutes les dangersités », sous tension, un lieu de « maîtrise et de gestion de ces dangersités » (Vanderstukken et al., 2015). L'incarcération peut aussi être perçue comme un « temps de l'oubli et de mise à distance des regards de la société », une « mise entre parenthèses », ou encore la « figure d'une peine privative de liberté hors du temps ». D'une manière générale, la population exprime des peurs et des angoisses vis-à-vis des détenus et du milieu pénitentiaire puisque on y retrouve des personnes à l'écart de la société du fait de leur propre situation (pauvreté, illettrisme, marginalité, maladie mentale) (Vanderstukken, 2015).

La maladie mentale fait aussi ressortir plusieurs représentations sociales. En effet, c'est une maladie taboue, dégradante et indigne pour la population générale (Poulin & Lévesque, 1995). Du fait que la maladie mentale ne présente pas de symptômes physiques, cette dernière est vue comme une déviance par rapport aux normes culturellement et socialement établies. Les personnes atteintes d'une maladie mentale sont perçues comme étant « dangereuses », « folles », « imprévisibles », « tendues », « sans valeur » et que cette maladie est liée à des désordres émotionnels. La population générale estime que ce sont des personnes plus dépendantes et plus vulnérables que d'autres et se comportant d'une manière « étrange » en société (Poulin & Lévesque, 2015).

Concernant le suicide, peu de personnes connaissent les signes avant-coureurs du risque de suicide (Courtet, 2016, p.8). Ensuite, 72% de la population générale ne se trouve pas à l'aise



pour parler du suicide et 57% pour intervenir auprès de personnes présentant une détresse psychologique (Courtet, 2016, p.9). Le suicide est aussi perçu comme une incapacité à surmonter les problèmes de la vie. Cependant, pour une autre partie de la population, c'est un acte acceptable puisqu'il est perçu comme respectable, rationnel et parfois courageux. Nous pouvons de nouveau observer une ambivalence des représentations du suicide auprès de la population générale. Enfin, une partie de la population estime que parler du suicide « fait mourir » (Courtet, 2013, p.9).

De plus, ce travail de recherche nous amène aussi à nous questionner au sujet de l'éthique et de la réflexivité du chercheur lui-même. Cette éthique viendra questionner le comportement mais aussi les attitudes du chercheur. Elle demande que le chercheur respecte les personnes interrogées et que ce dernier se questionne sur les conséquences que peut avoir sa recherche sur les interrogés (Château Terrisse & al., 2016). Afin de pouvoir respecter ces différentes conditions concernant l'éthique de notre recherche, les personnes interviewées seront informées quant aux différentes modalités de l'entretien et un formulaire de consentement (annexe IV) pour la participation à cette recherche sera signée avant le début de l'entretien. Ce formulaire explique que les personnes interviewées sont libres de répondre ou non aux questions que nous poserons, qu'ils peuvent aussi arrêter l'entretien à tout moment s'ils le souhaitent. La fiche les informe que l'entretien est enregistré et qu'il sera par la suite retranscrit pour faciliter l'analyse de l'entretien. De plus, ils sauront que cet enregistrement sera détruit dès la fin du travail de recherche. Puis, pour respecter la confidentialité de l'entretien, ce dernier sera anonymisé.

## **V- Présentation et analyse des données recueillies**

### **1. Techniques d'analyse de données**

Afin de pouvoir répondre à la problématique et ainsi tenter de valider ou de réfuter les hypothèses de recherche, nous allons procéder à une analyse de contenu. Selon Aktouf, l'analyse de contenu est une « technique d'étude détaillées de documents ». Son rôle va être de faire ressortir des significations, des associations, des intentions, n'étant pas explicitement verbalisés lors des entretiens (Aktouf, 1987, p. 111). Dans un premier temps, nous procéderons à une analyse verticale. C'est une analyse entretien par entretien où chaque fragment de discussion sera analysé, c'est ce qu'on appelle une unité de découpage. Dans un second temps, nous effectuerons une analyse transversale, aussi appelée analyse par thématique. Cette analyse nous permettra de mettre en corrélation chaque thématique existante entre les différents entretiens. Ici, l'unité de découpage se trouve être le thème. La présentation générale des interrogés se trouve en annexe V.

### **2. Analyse verticale**

L'ergothérapeute n°1 (E1) a travaillé au sein d'un SMPR pendant 8 mois. Ensuite, il s'est dirigé vers une USMP, où il y travaille depuis maintenant 3 mois. Il intervient donc directement en prison, dans l'unité sanitaire. L'E1 accompagne tous les détenus, notamment ceux présentant des troubles de l'adaptation, des chocs suicidaires, des troubles des usages, des psychoses. Ces détenus ont environ 35 ans et la plupart ont déjà réalisé une tentative de suicide en prison. Les besoins primaires généraux des détenus représentent leurs principaux centres d'intérêt, d'après l'E1. D'une manière générale, l'E1 rencontre des détenus présentant un risque suicidaire chaque semaine, à des stades de la détention et du trouble du comportement suicidaire différents. Lors de ces accompagnements, l'E1 utilise l'activité comme outil thérapeutique. En tant qu'ergothérapeute, l'E1 aura comme principaux objectifs de « limiter les effets néfastes sur la santé psychique des détenus, du fait de l'incarcération » mais aussi de « limiter et réduire le risque suicidaire » (E1, 2023). Ce qui va permettre un environnement sécurisant pour l'E1, ce sera principalement le cadre lors de la médiation. « En fait, c'est vraiment une présence au sein du groupe, pour moi, qui sécurise et le fait de bien rester attentif à tout ce qui se passe » (E1, 2023). L'utilisation d'activités signifiantes permet un investissement actif de la part du patient dans son parcours de soins mais cela créer aussi une dynamique dans un groupe de patients pour ainsi pouvoir remettre du sens au soin. Par conséquent, « on va remarquer une meilleure alliance thérapeutique » (E1, 2023). De plus, les accompagnements en ergothérapie sont

souvent perçus comme étant un « espace transitionnel et fait office de soutien, un environnement social sain » (E1, 2023). Concernant le projet de vie, l'E1 l'aborde dès le 1<sup>er</sup> entretien mais il pourra aussi l'aborder à tout moment de l'accompagnement, cela dépendra du profil du patient. Ce dernier sera construit avec le patient afin de « voir si les souhaits du patient et la réalité sont cohérents » (E1, 2023). Ce projet de vie aura plusieurs impacts positifs sur le patient comme sur son accompagnement mais cela sera aussi source d'anxiété pour le patient. C'est aussi pour cela que l'E1 favorisera leur inclusion dans un milieu dit « normal » par le biais du travail et de l'école en détention. Pour finir, l'E1 connaît le concept de privation occupationnelle et estime que les patients accompagnés sont en situation de privation occupationnelle. Il a instauré des stratégies pour la limiter, mais la privation occupationnelle a tout de même plusieurs impacts négatifs sur la santé mentale des détenus (annexe VII).

L'ergothérapeute n°2 (E2) a toujours travaillé dans le domaine de la santé mentale depuis 6 ans. Il a été dans diverses structures en travaillant en intra ou extra hospitalier. Les patients qu'il a accompagnés ont toujours été des adultes. Cela fait maintenant 3 ans qu'il travaille en UMD auprès d'hommes adultes. Concernant la population carcérale présentant un risque suicidaire, l'E2 estime que ces patients avaient environ 40 ans mais que cela est assez fluctuant. Certains patients arriveront au sein de l'unité sans avoir d'idées suicidaires mais ils vont par la suite en développer ou inversement. Mais l'E2 a plutôt rencontré la 1<sup>ère</sup> situation. De plus, la plupart de ces patients se trouvent être au début de leur parcours de détention. Ses accompagnements ne sont pas forcément initialement en lien avec l'idée suicidaire. Mais, quand celles-ci se développent « nous on y prête une attention bien particulière, forcément » (E2, 2023). Par conséquent, l'E2 accompagnera le patient à tous les stades du trouble du comportement suicidaire avec des interventions différentes. Concernant la détention, « on va intervenir auprès du détenu dès l'apparition des troubles ». « Il n'y a pas de stade précis, souvent c'est que la détention se passe mal » (E2, 2023). Un cadre sécurisant lors des interventions va donc jouer un rôle important pour l'E2 afin de créer une relation de confiance avec le patient. Pour ce faire, l'E2 utilisera des activités signifiantes pour les patients qu'il accompagne. L'E2 a divers objectifs principaux lors de ses interventions : « la re-narcissisation, reprendre confiance en soi, être capable d'être bienveillant envers soi-même, envers les autres, se faire confiance puis aux autres, être à l'écoute de soi, avoir la capacité de s'exprimer » (E2, 2023). Ensuite, l'E2 intervient aussi dans l'accompagnement de la construction du projet de vie du patient, le plus tôt possible. Le fait d'avoir un projet de vie « donne au patient une voie, un objectif global, il sait pourquoi il est là » (E2, 2023). Ces projets de vie sont plutôt de l'ordre

du moyen voire du long terme en fonction de la symptomatologie du patient. Ce projet de vie permettra, tout comme l'utilisation d'activités significatives, l'engagement de la part du patient dans son soin. Enfin, l'E2 pense que le concept de privation occupationnelle existe chez ces patients « du fait de la structure » (E2, 2023). L'E2 a instauré des stratégies pour la limiter, mais elle aura tout de même des impacts négatifs sur la santé mentale des détenus (annexe VIII).

L'ergothérapeute n°3 (E3) a réalisé un stage durant un mois en milieu carcéral au cours de ses années d'étude en ergothérapie. Puis, elle a débuté son activité professionnelle en 2009 en UMD en tant qu'ergothérapeute. Depuis 2019, elle a intégré l'unité de réhabilitation psychosociale d'un centre hospitalier psychiatrique. Elle a donc accompagné fréquemment des patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire. Ces derniers avaient été incarcérés pendant un peu moins d'un an et avaient en moyenne 35 ans. Ces patients arrivaient en UMD quand les conditions de la détention devenaient incompatibles avec les troubles psychiatriques. Elle expliquait que l'équipe soignante avait tout son rôle à jouer dès lors qu'il y avait une prise de conscience du passage à l'acte afin de « les accompagner dans cette prise de recul » (E3, 2023). En effet, les idées suicidaires apparaissaient souvent dans ces moments-là ou lorsqu'ils ont l'impression que leurs projets sont inaccessibles. L'E3 a remarqué que, chez ces patients, les principaux centres d'intérêts sont la cuisine et les activités manuelles. Elle les utilisait donc lors de ses accompagnements. L'utilisation d'activités significatives dans ses interventions permettaient aux détenus « de retrouver une utilité sociale à travers la réalisation d'objets », « ils revivaient la réalité » (E3, 2023) et cela favorisait aussi leur motivation. Elle accompagnait des patients présentant ce trouble à tous les stades. Sa vigilance et ses interventions étaient adaptées en fonction de ce stade. Elle instaurait un cadre bienveillant et accueillant, tout en proposant aux patients d'avoir leur place en leur donnant des rôles et des responsabilités. Ensuite, elle proposait aux patients des activités significatives et valorisantes afin qu'ils puissent redécouvrir leurs propres capacités et retrouver de la volition, un intérêt pour quelque chose. Concernant les projets de vie des patients, l'E3 explique que « c'était plus compliqué, que ce soit en détention ou à l'UMD, ils sont tellement loin, entre guillemets, de la vraie vie, qu'on n'abordait presque jamais ces projets-là » (E3, 2023). Les retours sur le secteur d'origine du patient, en UMD, étaient plus abordés. Concernant ces projets-là, l'E3 les construisait avec le patient en fin de prise en soins. Néanmoins, les patients peuvent ressentir diverses émotions dès lors qu'ils ont un projet de vie : satisfaction, joie, inquiétude, peur. En tant qu'ergothérapeute, l'E3 aura plusieurs objectifs principaux : rappeler au patient toutes les étapes qu'il a traversées et qu'il puisse observer où il en est maintenant pour diminuer le risque

suicidaire, qu'il puisse voir un avenir possible, que le patient puisse se connaître et « reconnaître l'arrivée d'une phase dans laquelle il sera moins bien pour pouvoir établir un plan d'action » (E3, 2023). Pour finir, l'E3 pense que la privation occupationnelle existe chez ces patients-là du fait de la symptomatologie se manifestant par une thymie très basse avec l'impossibilité de projection et le désespoir. Elle existe aussi du fait de l'institution, du cadre, de l'hospitalisation de longue durée, de la prise de conscience du passage à l'acte, des personnes de l'entourage du patient. Dès lors que le patient est en privation occupationnelle « c'est un petit peu comme si la personne se mettait en OFF », « tout est mis en veille » (E3, 2023) (annexe IX).

Le 4<sup>ème</sup> ergothérapeute (E4) est diplômé depuis 2005 et a travaillé en SMPR pendant 6 ans, puis il est devenu cadre de santé d'une UMD en 2012. Pour cet entretien, nous avons donc interrogé l'E4 sur son passé d'ergothérapeute en SMPR. Il estime que les personnes détenues présentant un risque suicidaire qu'il a accompagnées ont entre 20 et 40 ans et avaient une peine allant de quelques mois à 4 ans. Il explique que, la plupart du temps, « les idées suicidaires pouvaient venir à la suite de la prise de conscience des délits ou des crimes qu'ils avaient commis et puis à l'incarcération qui était difficile à vivre » (E4, 2023). Il explique que « souvent, on constatait que l'incarcération était quelque chose de difficile à vivre et qu'ils passaient tous à un moment donné par des idéations suicidaires » (E4, 2023). Il intervenait auprès de patients détenus dès la verbalisation des idées suicidaires. Mais parfois, certains patients présentaient une avancée importante dans ce trouble jusqu'à la construction d'un scénario déjà établi. Pour autant, « j'ai eu peu de patients pour lesquelles il y a eu un passage à l'acte suicidaire » (E4, 2023). Les accompagnements pouvaient être intensifiés en fonction du niveau d'urgence tout en proposant une écoute active de la part de l'E4. Pendant ses activités, l'E4 était attentif à la participation du patient pour favoriser la création d'un lien thérapeutique. Le travail d'équipe et la vigilance des agents pénitentiaires permettaient la création d'un environnement sécurisé. L'E4 proposait des activités signifiantes aux patients, dès que cela était possible. « J'essayais de faire en sorte d'utiliser des médiateurs qui pouvaient surtout les accrocher » (E4, 2023). Puis, il explique que la construction d'un projet de vie, en maison d'arrêt, n'est pas réalisable pour plusieurs raisons : le transfert rapide et sans date connue des détenus en établissement pénitentiaire et l'impossibilité de mettre un terme à l'accompagnement, le fait qu'il n'y ait pas de lien d'établi avec l'extérieur. L'E4 avait pour objectifs « la revalorisation de soi et favoriser l'échange oral, dans la mesure du possible » (E4, 2023). Enfin, l'E4 n'avait aucune notion de la privation occupationnelle. Après explication du concept, il pense que cela existait chez

certains patients. Les impacts seraient l'incurie et l'isolement social pour l'E4. Pour y remédier, l'E4 les sollicitait quotidiennement et allait directement à leur rencontre (annexe X).

### **3. Analyse horizontale**

A la suite de cette analyse verticale, traitant chaque entretien un à un, une analyse horizontale peut être réalisée. En effet, cette analyse horizontale consiste à mettre en lumière certaines similitudes ou contradictions entre les entretiens, thème par thème (annexe XI).

#### *3.1 Les médiations auprès des patients détenus présentant un risque suicidaire*

Tout d'abord, au cours des 4 entretiens menés, tous les ergothérapeutes ont affirmé utiliser diverses médiations d'art et d'artisanat avec différents objectifs auprès de cette population dans leurs accompagnements. En plus de ces médiations, l'E1 proposait aussi un atelier de musique, tout comme l'E4, ainsi qu'un atelier de jardin thérapeutique. L'E4 a précisé qu'il avait aussi un atelier cuisine et un groupe de paroles. L'E2 n'a, quant à lui, pas précisé d'exemple de médiations. Il explique utiliser des médiations favorisant les interactions avec un cadre bienveillant et des renforçateurs positifs. L'E4 rejoint cet avis : « pour certains, c'était d'avoir accès à la parole qui facilitait un peu les choses ». En revanche, l'E4 a précisé au cours de l'entretien qu'il ne changeait pas ses activités du fait qu'un patient présentait un risque suicidaire. Enfin de compte, il dit que les activités d'ergothérapie permettaient à certains patients de penser à autre chose. L'E1 avait divers objectifs lors de l'utilisation de ces médiations comme : la projection, la mise en mouvement, la relation au vivant, la temporalité, la mémoire, jouer un rôle, la réanimation psychique, avoir un effet sur l'environnement et le rapport à la réalité. Comme l'E1, l'E3 proposait des médiations où le risque de la mise en échec était faible. Par conséquent, elle proposait un atelier de vannerie car le geste répétitif « vient comme ça un petit peu bercer, un petit peu apaiser ». Elle utilisait aussi la poterie car c'est une activité pouvant être utilisée sans outil, « on pouvait vraiment travailler sur le ressenti » tactile.

Lors des activités de groupe, l'E1 et l'E2 expliquent être très attentifs aux profils des patients. En effet, ils vont « faire en sorte que les personnes avec qui la personne se retrouve sont des personnes avec qui il a des centres d'intérêt, ou [...] une bonne entente » (E2, 2023). L'E1 et l'E3 sont aussi attentifs à la notion de rôle pour le patient. Ainsi, ils vont « veiller à ce que tout le monde ait bien un rôle dans les groupes » (E1, 2023) et faire en sorte de « ne pas faire pour mais faire avec » (E3, 2023). De plus, le lien avec le thérapeute aura aussi toute son importance pour l'E1 et pour l'E2 pour pouvoir « commencer à initier une relation de confiance avec la personne » (E2, 2023). Un cadre « sécurisant » (E2, 2023), « bienveillant et

accueillant » (E3, 2023) « permettra l'expression du patient » (E2, 2023). En effet, l'E2 explique qu'il se centre sur lui-même et sur la manière dont il mène la médiation, et l'E3 estime qu'elle doit se montrer disponible psychiquement et ne pas penser à la place du patient pour instaurer ce cadre. Pour l'E4, le critère d'attention le plus important pour lui sera la participation du patient. L'E3 le rejoint en expliquant qu'il faut « partir de l'envie du patient ». Ensuite, E1 et E3 ont ajouté d'autres critères d'attention particuliers. E1 dit qu'il ne faut pas faire trop de demandes au patient et débiter par de petites actions, qu'il faut être attentif à l'impuissance apprise, « ne pas les laisser de côté et ne pas les laisser en situation d'impuissance et d'échec » et faire en sorte que le patient se projette d'une séance à l'autre en redonnant des objectifs. E3 a ajouté qu'il est important de permettre des temps de pause pour privilégier l'espace relationnel si cela est nécessaire et que la médiation doit comporter un temps d'accueil, d'activité et de clôture. Enfin, au cours de l'entretien, l'E2, l'E3 et l'E4 ont parlé de l'utilisation des outils. L'E2 et l'E3 sont du même avis, tandis que l'E4 a un avis divergeant. L'E2 et l'E3 expliquent qu'il est important de garder une vigilance sur les outils confiés au patient et d'être attentif à la gestion de l'activité. Dès lors, ils comptent les outils et vérifient leur présence à la fin de la médiation. L'E2 se reprend en disant que « peut-être même des fois ne pas du tout lui confier d'outils, c'est même idéal au début, forcément ». L'E4, quant à lui, confie avoir utilisé des outils pouvant être dangereux avec cette population mais il restait tout de même vigilant à la restitution du matériel en fin d'activité. Il précise que « ce n'est pas proposer des outils qui peuvent être dangereux qui est problématique, c'est de ne pas savoir ce qu'on en fait ».

Ensuite, pour l'E1, l'E3 et l'E4, le cadre permettra d'instaurer un environnement sécurisant au cours des médiations. L'E1 pose le cadre en l'exprimant directement aux patients au début de la médiation. L'E3 peut proposer un cadre permettant une contenance du patient si nécessaire, ou bien, au contraire, « complètement casser le cadre habituel », par exemple en ne prenant pas l'objet habituel. Elle explique que « le cadre doit être pensé et ferme mais pas rigide ». Et pour l'E4, le cadre était sécurisé du fait que des surveillants pénitentiaires étaient à proximité car il explique faire les activités, la plupart du temps, seul. De plus, il estime que le travail d'équipe favorisait l'environnement sécurisant. Enfin, l'E1 et l'E2 se rejoignent sur l'importance de leur présence en tant que thérapeute, dans leur attitude et leurs phrases. Cela permettra un environnement sécurisant, en proposant une écoute active au patient, selon E2.

### *3.2 L'utilisation des activités significatives et valorisantes*

En ce qui concerne les activités significatives, tous les ergothérapeutes interrogés s'en servaient lors de leurs accompagnements. Mais, cette utilisation n'avait pas les mêmes objectifs

d'un ergothérapeute à un autre. L'E1 faisait en sorte d'utiliser « des médias qui parlent un petit peu à tous ». Pour l'E2, les activités signifiantes avaient pour but de permettre l'engagement du patient, qu'il soit acteur de ses soins, qu'il puisse projeter des éléments personnels de son vécu sur la médiation ou encore qu'il se sente en sécurité du fait qu'il connaisse l'activité. Cela va ainsi « renforcer positivement ses habiletés et son sentiment de compétence ». L'E2 et l'E3 se rejoignent sur la motivation du patient et son investissement dans cette médiation. L'E3 rajoute que cela permet aussi un rappel du plaisir, de la rigueur et de l'utilité au patient. Toutefois, malgré des demandes de la part de patients pouvant ne pas paraître thérapeutiques, l'E4 dit que « c'est notre boulot de pouvoir transformer cette demande pour en faire quelque chose de thérapeutique. Donc en fait la médiation en soi, moi, j'en proposais quelques-unes mais s'ils avaient d'autres idées, il n'y a pas de problème ».

Ensuite, les activités signifiantes permettent au patient de se sentir valorisé. En effet, l'E1, l'E2 et l'E3 perçoivent que le patient s'est senti valorisé au travers du langage non verbal par les « mimiques », le regard, la fierté et la satisfaction, la posture et l'attitude, le sourire et la détente des traits du visage. En plus de cela, l'E3 précise que « des patients qui étaient un peu émoussés, on retrouvait justement une manifestation un peu émotionnelle ». Mais l'E2 et l'E3 le perçoivent aussi grâce au langage verbal. Ils expliquent que certains patients ont la capacité de verbaliser qu'ils se sentent valorisés et ils le perçoivent aussi dès lors que le patient échange avec le groupe. L'E1 et l'E2 sont aussi en accord sur le fait que la valorisation du patient se voit grâce « au rapport qu'il a avec l'activité, la tâche » (E1, 2023). En effet, le patient sera investi, participera activement et sera engagé dans l'activité. L'E1 explique qu'il perçoit que le patient se sent valorisé au moment où « il va susciter de l'intérêt chez les autres, si ça va lui donner un rôle justement vis-à-vis du groupe, si les autres vont s'en inspirer ». Pour l'E4, la valorisation était possible du fait que les patients pouvaient percevoir leurs capacités, « ça leur permettait de garder un lien puis de conserver leur rôle social ». Il ajoute qu'en fin de compte « c'est le fait qu'il y avait un lien entre la prison et l'extérieur qui a pu être valorisant pour eux ».

Puis, la question de l'intérêt de l'utilisation des activités signifiantes et valorisantes a été posée au cours des entretiens. Et, chacun des ergothérapeutes interrogés ont des avis différents. Seul l'E1 et l'E3 ont quelques points communs. En effet, ils sont en accords sur le fait que cela permet la re-narcissisation du patient. Par conséquent, celui-ci va « redécouvrir ses capacités, son potentiel moteur, relationnel, affectif » (E3, 2023). En plus de cela, ils expliquent que cela donne un sens à ce que fait le patient, qui va retrouver de l'intérêt pour les choses. L'E3 ajoute que cela va permettre de stimuler la volition car elle « est un peu anesthésiée quand



ils sont dans ces états cliniques-là de risque suicidaire » (E3, 2023). Puis, l'E1 a ajouté que ces activités permettaient de « donner un rôle » et de « limiter les effets néfastes de l'incarcération sur leur santé psychique ». L'E2 ajoute aussi que cela va « permettre à la personne de s'engager dans ses soins, d'être actrice de ses soins ». Enfin, l'E4 explique que cela « permet d'établir un lien de confiance plus vite » et que les détenus y voyaient souvent un bénéfice secondaire, pour s'occuper. C'est alors que l'E4 explique que « c'était à nous de transformer ça en autre chose ».

### *3.3 La construction du projet de vie*

Concernant la construction du projet de vie du patient, aucun des ergothérapeutes interrogés n'étaient en accord. Tout d'abord, pour l'E1, la construction de ce projet de vie était évoquée dès les entretiens initiaux. Cependant, il évite de l'évoquer chez les personnes déprimées ne se projetant pas à une temporalité de plus d'une semaine. En fin de compte, il explique que « ça peut être évoqué à tout moment, ça va dépendre du profil ». L'E2 le rejoint mais il dit construire le projet de vie le plus tôt possible, dès que la personne peut se projeter, peut prendre des décisions et peut organiser ses pensées. Néanmoins, « on ne va pas commencer par-là » (E2, 2023). Quant à eux, l'E3 et l'E4 estiment que cela est plus difficile de construire un projet de vie avec le patient, mais pour des raisons différentes. L'E3 dit que « que ce soit en détention ou à l'UMD, ils sont tellement loin, entre guillemets, de la vraie vie qu'on n'abordait presque jamais ces projets-là ». Tandis que l'E4 dit que cela est dû au fait que les patients soient en maison d'arrêt. La plupart du temps, ils sont transférés dans un établissement pénitentiaire par la suite, pour des peines de plusieurs années. Et c'est donc, en partie, pour cela qu'il n'abordait jamais le projet de vie avec les patients.

Ensuite, l'E1, l'E2 et l'E3 accompagnent le patient dans la construction de son projet de vie. Le patient l'élabore mais « on voit si ses souhaits et la réalité sont cohérents » (E1, 2023). L'E2 dit être « un peu comme des indicateurs [...], on va permettre de faire émerger la prise de conscience des capacités et des incapacités pour permettre à la personne d'être au clair avec ses propres compétences et ensuite de prendre des décisions au mieux dans sa vie » (E2, 2023).

Lorsque l'E1 et l'E2 citent les principaux projets de vie qu'ils rencontrent avec les patients, nous pouvons observer que ces derniers se rejoignent beaucoup : retourner avec le (la) conjoint (e), avoir une famille, une maison, des enfants, retourner au domicile avec les proches. Mais l'E2 précise tout de même que « la plupart du temps, ce sont des projets de vie très calés sur la représentation sociale de ce qu'on peut imaginer comme un avenir idyllique ». Pourtant, l'E3 explique que les principaux projets de vie abordés en UMD étaient le retour sur le secteur

d'origine et pour elle « c'est ce qui est beaucoup plus important à travailler ». En fin de compte « les principaux projets de vie dépendent de chacun, mais d'une manière générale, c'est quand même de pouvoir sortir de l'UMD », précise l'E2. Enfin, pour l'E4, étant donné qu'il explique qu'un projet de vie ne peut être construit en maison d'arrêt, il explique tout de même que « le projet de vie c'est comment arriver à supporter la détention ».

Le fait d'avoir un projet de vie en tête, cela peut provoquer « un mélange d'émotions » (E3, 2023) chez le patient, expliquent l'E1 et l'E3. En effet, pour certains cela peut se traduire par « une satisfaction, une joie d'un aboutissement que du coup ce passage se termine, [...] mais rattrapé par beaucoup d'inquiétude et de peur » (E3, 2023). Pour l'E1, quand la sortie approche pour le patient, des angoisses sont présentes et ce dernier peut douter de ses capacités. L'E1 et l'E2 disent que cela permet aussi au patient de se projeter, de voir un sens global pour sa prise en soins. L'E1 ajoute que cela permet « de vivre un petit peu mieux l'incarcération » et l'E2 dit qu'ainsi, le patient connaît les raisons de son travail à l'hôpital car cela lui demande des efforts.

Globalement, pour l'E1, l'E2 et l'E3, le projet de vie avait un impact positif sur l'accompagnement mais avec quelques nuances pour l'E3. En effet, pour l'E1, le projet de vie permettait au patient de se projeter, d'éviter de ruminer le présent et d'être occupé psychiquement par les questionnements en lien avec le projet de vie. Pour l'E2 « l'impact c'est l'engagement, c'est le sens que les soins peuvent avoir aussi pour lui, c'est ce qui va encourager sa participation, sa volition, ça va être le carburant on va dire ». Mais l'E3 nuance ces derniers propos en expliquant que pour certains patients, cela signifiait la fin de la prise en soins et donc cela leur était insupportable car « il n'y avait que la contenance de l'UMD qui les rassurait ».

Mais, l'E4 ne construisait pas de projet de vie avec les patients car « le projet de vie, pour moi, c'est vraiment quand on arrive à faire un lien avec l'extérieur » or, « on ne peut pas parler de la vie à l'extérieur, on ne fait pas de lien avec l'extérieur en fait ». De plus, mettre un terme à la prise en soins avec le patient était complexe, « on ne savait jamais quand ils allaient être transférés ». Par conséquent, « on ne peut pas mettre un terme à la prise en charge, se dire « au revoir », c'est assez rare ». Toutes les questions au sujet du projet de vie n'ont donc pas pu lui être posées. Mais ces éléments apportent une précision quant au positionnement de l'E4.

### *1.1 La relation thérapeutique avec ces patients*

Pour construire une relation thérapeutique, l'E1, l'E2 et l'E4 se rejoignent sur le fait qu'il est important de travailler sur la revalorisation et la re-narcissisation du patient et qu'il soit capable d'avoir confiance en lui. Puis, ils se rejoignent aussi sur l'aspect communicationnel

et relationnel avec l'autre. En effet, l'E2 et l'E3 expliquent que l'échange oral est nécessaire afin que le patient puisse s'exprimer. De plus, l'E1 ajoute que cela est aussi possible en développant une alliance thérapeutique. Ensuite, l'E2 et l'E3 expliquent qu'un de leur principal objectif est que le patient puisse être à l'écoute de lui-même. En effet, l'E3 explique qu'il est important que le patient puisse reconnaître les prodromes d'une crise suicidaire afin qu'il puisse établir un plan d'action, et éviter le passage à l'acte. Puis, ces 3 ergothérapeutes ajoutent d'autres objectifs de prise en soins différents. L'E1 précise donc que les autres objectifs qu'il aura seront de limiter et de réduire le risque suicidaire, d'inclure ces patients dans un environnement social et de les aider à se projeter à court terme. Puis, il termine en répondant à la question par « en vrai, mon principal objectif vis-à-vis de mes patients, c'est de faire en sorte qu'ils passent leur détention ». Ensuite, pour l'E2, les principaux objectifs seront que le patient puisse « être aussi bienveillant envers soi-même qu'envers les autres » et « de faire confiance, dans un premier temps, en soi-même et puis aux autres ». Enfin, pour l'E3 ce sera de rappeler au patient son parcours pour qu'il puisse se raccrocher à ce qu'il est devenu maintenant.

Lors d'exposition d'idées suicidaires ou d'actes suicidaires du patient au cours de leurs accompagnements, les 4 ergothérapeutes sont en accord sur le fait qu'ils en réfèrent à l'équipe. L'E2 explique que si ce dernier lui expose cela c'est qu'il lui fait confiance. Par conséquent, pour maintenir ce lien de confiance, il se doit d'informer le patient qu'il va en parler en équipe. Puis, l'E2, l'E3 et l'E4 se suivent sur la nécessité de proposer une écoute active au patient, d'essayer de comprendre ses raisons et s'il y a eu un élément déclencheur en particulier. L'E2 conclue en disant que « c'est vraiment de l'accompagnement de la souffrance ». Quant à eux, l'E1 et l'E4, expliquent qu'ils évaluent le risque suicidaire en essayant de savoir si un scénario est présent, s'il y a des temporalités, un contexte qui augmenteraient ce risque. Enfin, l'E1 ajoute que « si le risque suicidaire s'avère être existant ou que j'ai un doute, je propose une mise sur la CPRS (Commission Prévention Risque Suicidaire) ».

Concernant la posture professionnelle, seul l'E4 ne verbalise pas l'attitude qu'il doit avoir personnellement. En général, il demande que le patient soit admis au SMPR pour pouvoir augmenter les accompagnements. Puis, si les idées suicidaires sont majeures, le médecin demande une hospitalisation. Ensuite, l'E1, l'E2 et l'E3 expliquent la nécessité d'avoir une posture bienveillante, de renforcement positif, d'écoute active auprès de ces patients et leur montrer qu'ils sont disponibles psychiquement pour eux. Concernant l'écoute active, l'E1 et l'E2 précisent que cette posture se doit d'être individualisée et centrée sur la personne. L'E2 ajoute qu'il doit être observateur des changements du patient pour pouvoir « renvoyer ce que

j'observe pour qu'il puisse me parler de lui ». L'E2 et l'E3 expliquent aussi l'importance d'avoir une attitude de réassurance et apaisante. Et pour l'E2, tout cela se traduit par sa posture corporelle avec « le regard porté sur la personne, tourné vers elle ». L'E1 dit qu'il faut avoir « une posture qui est vraiment sincère et authentique » et qu'une alliance inter-équipe est importante pour que le patient se sentent soutenu par tous. Enfin, l'E3 va « venir un petit peu casser les stéréotypes, va venir légitimer ce qu'il est en train de vivre pour pouvoir l'accompagner à comprendre aussi d'où c'est venu » car « ils ont l'impression parfois que c'est reconnu comme être faible », d'avoir des pensées suicidaires.

### *1.2 Privation occupationnelle et détenus présentant un risque suicidaire*

Concernant la privation occupationnelle, seul l'E4 ne connaissait pas ce concept et n'a pas proposé de définition. Par conséquent et pour pouvoir poursuivre l'entretien, la définition du concept lui a été exposée. L'E1 explique que « c'est presque une privation de l'existence au sein de la société et cette existence-là elle se fait par l'activité, il y a un rapport, un petit peu, avec l'injustice occupationnelle, si on veut ». Pour l'E2, « c'est le fait de ne pas avoir accès à des occupations, des activités significatives notamment pour la personne, en lien avec un espace physique qui ne nous permet pas de les réaliser ou pas que physique d'ailleurs, mais juste qu'on ne peut pas réaliser cette activité, du fait de quelque chose d'externe ». Et pour l'E3, « c'est une personne pour laquelle, il n'y aurait plus les opportunités, les opportunités sociales, les opportunités de loisirs, de rencontres, de création, ... ».

Tous les ergothérapeutes interrogés estiment que le concept de privation occupationnelle existe chez certains des patients qu'ils accompagnent. Ils sont en accord seulement sur le fait que l'institution, le cadre ou encore l'hospitalisation peuvent être à l'origine de la privation occupationnelle chez ces patients. Néanmoins, les autres raisons diffèrent d'un ergothérapeute à un autre. L'E1 précise que cela est du fait que les patients sont dans leur cellule la plupart du temps. L'E4 explique que cela est dû à la position de détenu, à un sentiment d'injustice ou encore un procès approchant. L'E2 explique que c'est le fonctionnement rigide de la structure, pour des raisons de sécurité, qui favorise la privation occupationnelle. L'UMD va donc venir impacter l'autonomie des patients or « ils ont toujours la capacité de décider mais ils n'ont pas la capacité de réaliser les choses » (E2, 2023). L'E3 et l'E4 estiment que la symptomatologie du patient induit une situation de privation occupationnelle. L'E3 dit que « dans un cadre de risque suicidaire, c'est une forme d'état thymique très bas, dans lequel il n'y a plus de projection et on est dans le désespoir, avec un risque comme ça, que la personne puisse mettre fin à ses jours ». L'E4 la rejoint sur cet avis car

« c'est ça qui limiterait les actes de la vie quotidienne, avec un état dépressif profond ». Pour l'E3 et l'E4, le lien avec l'extérieur et avec les personnes de l'entourage peuvent conduire à la privation occupationnelle mais pour des raisons différentes. Pour l'E3, ce sont des personnes de l'entourage du patient pouvant être « toxiques » qui la créeraient. Pour l'E4, cela serait plutôt dû au fait que le lien avec l'entourage ait été rompu. Sur une autre thématique, l'E3 dit que la prise de conscience du passage à l'acte peut être un des facteurs. Enfin, L'E4 ajoute qu'en fin de compte « c'était essentiellement le lien avec l'extérieur » qui pouvait conduire à la privation occupationnelle.

Ainsi, les 4 ergothérapeutes avaient mis en place différents moyens pour remédier à la privation occupationnelle chez ces patients. L'E1 pouvait appuyer les candidatures pour le travail, l'école, augmenter les activités, changer le patient de bâtiment ou d'étage, s'il était sur la CPRS. Ces moyens sont proposés après avoir mis en place toutes les possibilités thérapeutiques de l'équipe médicale. Puis, « en dernier lieu, je pouvais demander un transfert pour rapprocher des familles » (E1, 2023). L'E2 propose diverses médiations et a pu « aménager des endroits de telle sorte que la personne puisse faire des activités signifiantes pour elle, à l'hôpital ». Puis, l'E3 répond que cette privation occupationnelle pouvait être limitée grâce à la mise en place de séances d'ergothérapie. Elle ajoute qu'elle fait aussi partie d'un groupe de soutien aux familles et pense qu'elle peut limiter cet état par ce biais. Enfin, l'E4 explique qu'il allait quotidiennement solliciter les patients, parfois directement en cellule, mais il leur proposait aussi de venir en activité et ne rien faire, il adaptait la prise en soins.

Pour finir, selon les 4 ergothérapeutes, les impacts de la privation occupationnelle sur le patient peuvent être très différents. Mais l'E1, l'E3 et l'E4 sont en accord avec le fait que cela peut créer un isolement social et un repli sur soi. De plus, l'E1 et l'E3 se rejoignent sur le fait que cela peut favoriser le passage à l'acte auto ou hétéro agressif et que cela augmente le risque suicidaire. Puis, l'E1 ajoute que cela peut créer des angoisses, des conduites addictives, des troubles cognitifs et un sentiment d'impuissance. L'E2 explique que cela peut engendrer un refus de soins de la part du patient mais que cela peut s'expliquer par le fait que « si on n'est pas à l'écoute de ses demandes, il y a peu de chances que la personne soit aussi à l'écoute de ce qu'on va lui dire ». Pour l'E3, la personne se met « en veille ». Par conséquent, ses capacités motrices, relationnelles et cognitives sont impactées négativement. Enfin, pour l'E4 l'impact de la privation occupationnelle sera « l'incurie principalement, après ils n'ont pas forcément besoin de se faire à manger, donc ce n'est pas le problème ».

## VI- Discussion

### 1. Validation ou réfutation des hypothèses de la problématique de recherche

Nos différentes recherches nous ont amenés à nous questionner sur une problématique centrale nous guidant tout au long de ce processus. En effet, notre problématique de recherche était la suivante : **Comment l'ergothérapeute peut-il instaurer une sécurité relationnelle avec des personnes incarcérées et en privation occupationnelle présentant un risque de suicide ?** Après cela, nous avons donc émis 2 hypothèses pouvant répondre à cette question :

Hypothèse 1 : utiliser des activités significatives et valorisantes pour le détenu permet d'instaurer une alliance thérapeutique et la sécurité relationnelle

Hypothèse 2 : aider le détenu à construire un projet de vie à plus ou moins long terme favorise la mise en place de la sécurité relationnelle

Puis, nous avons été collecter des données empiriques auprès d'ergothérapeutes travaillant sur le terrain en lien avec cette problématique. À la suite de cela, nous allons maintenant confronter ces données aux données théoriques afin de nous permettre de valider ou bien de réfuter ces hypothèses.

#### *1.1 Retour sur la première hypothèse*

Ainsi, la première hypothèse pouvant répondre à la problématique était la suivante : utiliser des activités significatives et valorisantes pour le détenu permet d'instaurer une alliance thérapeutique et la sécurité relationnelle. Au cours des différents entretiens menés, nous avons pu remarquer que tous les ergothérapeutes interrogés utilisaient l'activité comme accompagnement ergothérapeutique principal auprès des patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire. En effet, selon Sylvie Meyer, l'activité correspond à « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (2013, p.14). Tout comme le précisait Bryant et al., les ergothérapeutes utilisent des activités de l'ordre de l'art, de l'artisanat, de la musique, du jardinage, du sport et de la cuisine (2014, pp. 427-428). Pour autant, ce n'est pas du fait de la présence du risque suicidaire que les ergothérapeutes vont utiliser l'activité dans leur accompagnement. En effet, l'un des ergothérapeutes a précisé qu'il ne changeait pas particulièrement ses médiations du fait du trouble du comportement suicidaire présent chez un patient détenu. Ils utiliseront l'activité quel que soit les difficultés du patient accompagné. Les objectifs seront, quant à eux, individualisés et varieront d'un patient à l'autre. Andersson et al. expliquaient dans leurs écrits que les activités significatives utilisées lors d'un accompagnement

en ergothérapie auprès d'un patient présentant un risque suicidaire aura pour but de procurer une détente et un repos au patient (2019). D'une manière générale, l'ergothérapeute va identifier les occupations et les activités significantes de la personne grâce à elle et à son entourage (Association Canadienne des Ergothérapeutes, s.d). Or, lors des entretiens menés, les ergothérapeutes ne verbalisent pas les éléments pouvant être une source d'aide permettant d'identifier les activités significantes du patient. Seul un ergothérapeute explique qu'il demandait directement au patient ce qu'il aimait faire. Un autre a plutôt expliqué qu'en utilisant des activités « qui parlent un petit peu à tous », cela faisait qu'il utilisait des activités significantes. Puis, il a ajouté qu'il utilisait des activités ayant « du sens pour eux ou du sens pour la communauté » (E1, 2023). Marie Chantal Morel Bracq définit l'activité significative comme étant une activité ayant du sens pour la personne. Cela impacte donc la sphère psycho-affective de la personne et cette dernière mobilisera donc « ce qu'elle a d'éminemment singulier et spécifique » (dans Djaoui, 2015, p.211). A l'inverse, l'aspect significatif de l'activité se rapporte à l'environnement qui entoure la personne, comprenant les diverses règles de vie communautaire en société (dans Djaoui, 2015, p.211). Or, il n'existe qu'une seule définition du terme « activité significative ». Alors, nous nous interrogeons sur la connaissance du terme d'activité significative chez les ergothérapeutes, savent-ils tous ce à quoi correspond ce terme ? Néanmoins, les ergothérapeutes interrogés expliquent que ces activités qu'ils nomment de « significantes » vont permettre un engagement de la part du patient dans sa prise en soins. En effet, Bryant et al. expliquent qu'en utilisant l'activité comme outil thérapeutique auprès des patients détenus, cela favorisera l'engagement occupationnel. Ils ajoutent que ces activités permettront aussi la possibilité de choix et favorisera la motivation de l'individu (2014, pp. 427-428). Cet engagement au sein des activités significantes sera aussi favorisé au travers du soutien et de la valorisation que pourra procurer l'ergothérapeute au détenu (Bryant et al., 2014, p. 432). Ainsi, les ergothérapeutes ont la capacité de savoir si le patient s'est senti valorisé au travers du langage verbal et non-verbal. Ils estiment que la valorisation du détenu permet un engagement et une participation active dans l'activité. Celle-ci se traduit aussi au travers de la posture du soignant et de la relation qu'entretiennent l'ergothérapeute et le patient, ensemble. En effet, les ergothérapeutes interrogés estiment que la posture favorisant la création ou l'entretien d'une relation thérapeutique se traduit par une écoute active de la part du thérapeute, tout en proposant un accompagnement individualisé et centré sur la personne. Cette relation thérapeutique entre le patient et son thérapeute va permettre la sécurité de tous. Cette sécurité est possible dès lors que le thérapeute propose des interventions individualisées permettant la gestion de la violence et de l'agressivité du patient (Bryant et al., 2014, p.427). C'est donc en proposant des

interventions individualisées, permettant la création d'une alliance thérapeutique qu'un patient pourra se sentir valorisé. Ainsi, par essence même de ce qu'est l'activité signifiante, pour nous, l'accompagnement que propose le thérapeute sera nécessairement individualisé. Et, le fait de proposer un accompagnement individualisé permettra au patient de se sentir valorisé, en plus de la posture et de l'écoute active que lui propose le thérapeute. Cette valorisation permettant d'instaurer une certaine sécurité au sein de la relation thérapeutique favorise la mise en place de la sécurité relationnelle entre le thérapeute et le patient.

Par conséquent, et à la suite de ce dernier constat, l'hypothèse 1 est **validée**. Ainsi, l'utilisation d'activités signifiantes et valorisantes pour le détenu présentant un risque suicidaire permet d'instaurer une alliance thérapeutique et la sécurité relationnelle lors d'un accompagnement en ergothérapie.

### *1.2 Retour sur la deuxième hypothèse*

Ensuite, concernant la deuxième hypothèse, cette dernière était la suivante : aider le détenu à construire un projet de vie à plus ou moins long terme favorise la mise en place de la sécurité relationnelle. Tout d'abord, nous avons constaté que les 4 ergothérapeutes interrogés n'étaient pas en accord sur l'accompagnement du patient dans la construction d'un projet de vie. En effet, 2 ergothérapeutes expliquent qu'en détention la construction du projet de vie du patient ne peut être possible du fait du contexte d'incarcération. L'E4 explique qu'en maison d'arrêt, les patients accompagnés sont forcément transférés peu de temps après le début de l'accompagnement et qu'ils ne font pas de lien avec l'extérieur. Or, pour lui, « le projet de vie, c'est vraiment quand on arrive à faire un lien avec l'extérieur ». Par conséquent, la notion de projet de vie n'est pas universelle pour tous les ergothérapeutes. Chacun propose un accompagnement, ou non, dans la construction du projet de vie du patient, à sa manière. Or, au cours de nos recherches, nous avons pu voir que le projet de vie peut concerner aussi bien l'incarcération que la libération du détenu (Joing, 2004). Pourtant, les 4 ergothérapeutes expliquent que les projets de vie construits avec le patient sont en lien avec l'extérieur. Mais, l'E1 et l'E4 mentionnent tout de même que l'un des projets de vie est que le détenu supporte son incarcération. Dans la théorie, Joing (2004) explique l'importance du projet de vie pour le détenu afin de lui permettre un équilibre, surtout quand un risque de suicide est présent, d'autant plus lorsque ce dernier est dû à l'incarcération. Là-dessus, les autres ergothérapeutes, expliquant que la construction d'un projet de vie est possible auprès des détenus, rejoignent cette idée en soumettant que cela permet aussi un engagement du détenu dans ses soins. De plus, l'ANESM (2008), définit le projet de vie comme étant une co-construction entre le patient et le thérapeute.



Les ergothérapeutes sont en accord avec cette théorie mais ils la nuancent tout de même. Ils expliquent qu'ils essaient de voir si les souhaits de la personne restent en accord avec la réalité. Ainsi, cette co-construction rejoint la notion de relation thérapeutique qui correspond à « la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient » (Collot, 2011, p.35). Aussi, le rythme dans l'accompagnement du projet de vie se doit d'être adapté et individualisé au patient pour permettre un équilibre entre le thérapeute et le patient (ANESM, 2008). Les 4 ergothérapeutes, quant à eux, ne précisent pas spécialement l'importance de la temporalité pour le patient dans son projet de vie. Il se trouve que, si nous nous basons sur les 2 ergothérapeutes estimant que la construction du projet de vie est possible, la temporalité est plutôt orientée sur le long terme et sur la sortie du détenu. Nous pouvons alors nous demander si les 4 ergothérapeutes connaissent vraiment la notion de projet de vie. En effet, cette notion était plutôt orientée sur la sortie de détention alors que cette dernière peut être tournée vers le temps d'incarcération (Joing, 2004). De plus, les ergothérapeutes interrogés évoquent la notion de « mélange d'émotions » procuré par le projet de vie chez le patient. Malgré cela, nous pensons que ce mélange d'émotions peut influencer la qualité de la relation thérapeutique. En effet, le thérapeute devra constamment adapter sa posture en fonction de l'état psychique du patient qu'il accompagne. Et, en fonction de la rapidité d'adaptation du thérapeute et de son cadre thérapeutique, la sécurité instaurée peut être mise à mal. Par conséquent, si le thérapeute n'adapte pas sa réponse en fonction de ce qu'il connaît du patient, la sécurité relationnelle ne pourra être mise en place. L'E4 ajoute aussi qu'il lui était parfois impossible de mettre un terme à l'accompagnement du fait des dates inconnues de transfert vers un autre établissement pénitentiaire. En effet, la relation thérapeutique instaurée est alors rompue de manière inopinée. Cela implique donc la sécurité du cadre thérapeutique instauré. La sécurité relationnelle ne peut donc être instaurée du fait que le thérapeute ne puisse pas répondre aux attentes du patient vis-à-vis de son accompagnement puisque celui-ci ne peut être interrompu de manière adéquate.

Par conséquent, du fait que la plupart des ergothérapeutes interrogés n'accompagnent pas le patient dans la construction d'un projet de vie car ce dernier n'est pas envisageable en détention et du fait que parfois l'accompagnement ne peut prendre un terme convenablement, l'hypothèse 2 est **réfutée**. En effet, ce n'est pas le fait d'accompagner un patient détenu présentant un risque suicidaire dans son projet de vie qui permettra d'instaurer une sécurité relationnelle. En revanche, ce projet de vie permettra de donner du sens dans la prise en soins du détenu et il pourra se raccrocher à une possible projection future pour parvenir à supporter l'incarcération. De plus, le patient pourra aussi s'engager activement dans les interventions.

## **2. Limites et biais de cette recherche**

Malgré les efforts d'objectivité qui ont pu être mis en place au cours de cette recherche, il existe des biais influençant cette recherche. Aussi, nous avons constaté certaines limites à la recherche qui ne nous ont pas permis d'aller au-delà et d'approfondir certains points.

Tout d'abord, l'un des premiers biais correspond aux modalités d'entretien. Du fait d'une distance importante entre les interrogés et le chercheur ainsi que du fait de la temporalité, nous n'avons pas pu nous déplacer pour certains entretiens. 2 entretiens ont donc été réalisés en visioconférence et 2 autres ont pu être réalisés en présentiel. Lors de la visioconférence, certains aspects non-verbaux ne peuvent être perçus par le chercheur. Par exemple, il est difficile de repérer certains traits du visage pouvant traduire une émotion ou bien un état d'esprit dans lequel se trouve la personne au moment de la question. De plus, du fait que le cadre de la caméra soit limité, les mouvements ou certains signes des membres ne peuvent être perceptibles. Or, ces éléments peuvent parfois traduire d'autres émotions et états de la personne au moment de la question posée et ainsi nous communiquer des informations complémentaires à la réponse.

Un des autres biais se passe au cours des entretiens que nous avons menés. En effet, nous n'avons pas donné la définition de la privation occupationnelle à tous les ergothérapeutes au vu des définitions personnelles fournies par les interrogés. Seul le 4<sup>ème</sup> ergothérapeute a pu avoir cette information, du fait de sa méconnaissance. Par conséquent, les 3 autres ergothérapeutes ont répondu aux questions de l'entretien en se basant sur leur propre vision de la privation occupationnelle, ce qui a pu orienter la réponse. Aussi, pendant les entretiens, certaines questions posées ont pu être interprétées différemment de ce que nous imaginions. En effet, certaines formulations de questions ont pu porter à confusion. Par conséquent, les éléments répondus n'étaient pas forcément ce qui était attendu. Alors, les réponses n'apportaient donc pas de solutions à nos questions et restent donc en suspens.

Concernant la population interrogée, les ergothérapeutes correspondaient aux critères d'inclusion de la recherche. Cependant, en interrogeant 2 ergothérapeutes travaillant en UMD et 2 en SMPR, la vision du risque suicidaire et du détenu peut être différente au vu de la population accompagnée dans ces 2 structures. En UMD, les troubles psychiques sont sévères, le risque suicidaire et la position de détenu ne sont pas les motifs principaux d'accompagnement en ergothérapie, malgré la prise en compte de ces 2 éléments. Ensuite, l'E4 étant diplômé depuis 2005 et n'ayant plus exercé en tant qu'ergothérapeute depuis 2011, certaines informations sont obsolètes. Lui-même le spécifie lors de l'entretien. Ainsi, certaines réponses données peuvent

ne pas correspondre aux critères du fait de l'ancienneté et de la non-actualisation du métier d'ergothérapeute auprès de cette population.

Enfin, le dernier biais correspond au nombre peu représentatif d'ergothérapeutes interrogés. En effet, en ayant interrogé seulement 4 ergothérapeutes, les réponses obtenues ne peuvent être généralisées à toute la population d'ergothérapeutes travaillant auprès de ces patients. Du fait de la temporalité de cette recherche, nous n'avons pas élargi le nombre d'ergothérapeutes à interroger. Ce point constitue aussi l'une des limites de notre recherche.

Pour poursuivre et concernant les limites de la recherche, les entretiens menés interrogent des ergothérapeutes n'ayant accompagné que des détenus masculins. Du fait que ces entretiens soient orientés sur ces derniers de manière fortuite, nos apports d'analyse et de discussion sont donc axés sur ce type de détenus. Ainsi, la recherche ne peut s'étendre et se généraliser à toute la population carcérale, comme la population carcérale féminine, par exemple. En effet, cette recherche aurait pu faire ressortir d'autres aspects auxquels nous n'avons pas pensé si elle avait été orientée sur la population carcéral féminine.

Ensuite, comme expliqué dans les biais, l'UMD est un milieu de soins peu commun qui accompagne des patients ayant des troubles psychiques sévères pouvant influencer le risque suicidaire. Par conséquent, la limite correspond au fait que nous avons étendu les critères d'inclusion de la population de recherche. Il aurait fallu que nous nous intéressions qu'à des ergothérapeutes travaillant au sein même du système pénitentiaire, dans les services de soins.

Enfin, pour répondre à la loi Jardé, cette recherche n'a pu obtenir seulement la vision des ergothérapeutes vis-à-vis de la population qu'ils accompagnent. Or, nous pensons qu'il aurait été aussi intéressant d'interroger des patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire afin d'avoir leurs visions, leurs ressentis, leurs vécus de cette situation. En effet, les ergothérapeutes ont essayé de relater les éléments des patients au travers de leurs propres interprétations. Or, cela pourrait ne pas être ce que pense réellement le patient.

### **3. Réflexion personnelle des résultats**

Au cours de la recherche, nous avons mis en évidence certaines données théoriques, notamment lors de la rédaction du cadre conceptuel, qui ont donc pu être développées. Cependant, lors des entretiens menés auprès des ergothérapeutes, certaines données empiriques nous ont questionnés quant à la pratique de l'ergothérapie et méritent d'être approfondies ici.

En effet, lors des entretiens, les ergothérapeutes n'étaient pas en accord sur l'utilisation des outils lors de leurs accompagnements. 3 ergothérapeutes disaient ne pas utiliser d'outils. Mais l'E4 utilisait toute sorte d'outils pouvant être dangereux pour le patient. Cela nous a alors questionnés. Pourquoi certains ergothérapeutes n'utilisent pas d'outils alors que d'autres le font ? Il nous a alors apporté une justification qui a éveillé une certaine curiosité : « ce n'est pas de proposer des outils qui peuvent être dangereux qui est problématique, c'est de ne pas savoir ce qu'on en fait » (E4, 2023). Dès lors que des objectifs sont établis et qu'il y a une nécessité d'utiliser des outils, pourquoi pas ? De plus, pendant l'analyse des résultats, l'E2 a pu faire ressortir l'utilisation de la salle de menuiserie et de ses outils : « elle est importante pour nous pour signifier aussi que, d'un point de vue symbolique, on fait confiance à la personne » (E2, 2023). Il est vrai que dès lors que nous savons ce que nous faisons des outils et qu'une relation thérapeutique est instaurée, il est possible d'utiliser des outils. Le risque sera présent à condition de ne pas avoir mis en place certaines règles de sécurité auprès du patient. Par exemple, en verbalisant que les outils restent dans la salle. Mais cela est aussi valable pour le thérapeute. Par exemple, il doit compter les outils avant et après la séance pour vérifier s'ils y sont tous.

Ensuite, l'E3 a pu mentionner aussi la question du moment du retour en cellule après les ateliers d'ergothérapie. Elle explique qu'une fois l'activité terminée, au moment du retour en cellule, les idées suicidaires peuvent revenir. À la suite de ce constat, nous nous sommes alors interrogés sur la façon de terminer l'activité afin de pouvoir faire perdurer cet état positif sans rumination pendant quelques instants. Comment l'ergothérapeute peut-il alors améliorer ce moment pour le détenu ? L'E3 explique qu'elle avait pour habitude de prévoir un temps de clôture à la fin de l'intervention, était-ce donc suffisant ? Faut-il alors approfondir ce temps en questionnant les patients sur leurs ressentis au moment du retour en cellule ? Existe-il la nécessité d'accompagner le patient jusqu'à sa cellule ? Ces questions resteront ainsi en suspens.

Pour finir, nous avons vu que la recherche était axée sur la privation occupationnelle. Les écrits que nous avons lus ont révélé que la structure était l'un des facteurs favorisant la privation occupationnelle chez les détenus. Or, au cours de l'entretien, l'E1 a terminé sur cette phrase interpellatrice : « la privation occupationnelle, malheureusement oui ça va créer des troubles psychiques en sortie de détention, mais je ne pense pas que ce soit aux unités sanitaires de soigner les effets de la prison ». Les ergothérapeutes étant rattachés au ministère de la santé, ne peuvent pas changer les règles de l'administration pénitentiaire et la privation occupationnelle en fait partie. Les ergothérapeutes doivent se centrer sur leurs missions et limiter l'impact de la privation occupationnelle, mais ils ne pourront pas l'enlever.

## VII- Conclusion

Cette recherche a démontré que le trouble du comportement suicidaire était présent au sein des centres pénitentiaires français. En effet, depuis 10 ans, le nombre de détenus présentant un trouble psychique ne cesse d'augmenter. Cet accroissement est dû à des divers facteurs évoqués au sein du cadre théorique et conceptuel. De plus, par définition, la prison est un lieu de privation de liberté. Elle constitue aussi l'un des lieux où l'individu peut être en privation occupationnelle et cela favorise la présence du risque suicidaire chez les détenus français.

Ainsi, l'ergothérapeute a plusieurs missions auprès de cette population. En prison, il a pour but de limiter le risque suicidaire grâce à l'activité. En utilisant les activités significantes, l'ergothérapeute a diverses missions permettant la création d'une alliance thérapeutique avec le patient et la mise en place de la sécurité relationnelle dans cet accompagnement.

Puis, en mettant en lien toutes ces notions, une problématique a émergé permettant d'émettre 2 hypothèses. La première hypothèse était concentrée sur l'utilisation des activités significantes et valorisantes pour le détenu pour instaurer une alliance thérapeutique et la sécurité relationnelle. Puis, la deuxième hypothèse suppose qu'aider le détenu à construire un projet de vie à plus ou moins long terme favorise la mise en place de la sécurité relationnelle.

Par la suite, nous avons récolté puis analysé des données empiriques auprès de 4 ergothérapeutes afin de valider ou réfuter ces 2 hypothèses par la suite. En confrontant les données théoriques aux données empiriques, nous avons validé la 1<sup>ère</sup> hypothèse. En effet, il est nécessaire pour les ergothérapeutes de proposer des activités significantes lors de leurs accompagnements pour faciliter la création d'une alliance thérapeutique permettant d'instaurer de la confiance entre ces 2 personnes et mettre en place la sécurité relationnelle. En revanche, la 2<sup>nde</sup> hypothèse est réfutée. Il est parfois impossible de suivre le détenu dans la construction du projet de vie du fait du contexte d'incarcération et notamment de la durée de peine du détenu.

Par ailleurs, la sécurité relationnelle possède ses limites en détention. En effet, le risque suicidaire ne peut pas disparaître grâce à la sécurité relationnelle. Dès lors qu'une tentative de suicide à lieu chez un détenu, cette sécurité relationnelle peut être mise en péril. De plus, en tant qu'ergothérapeute et malgré tous les efforts mis en œuvre pour limiter le risque suicidaire, certains détenus parviennent à mettre fin à leurs jours. Quels sont alors nos propres limites dans l'intervention en ergothérapie pour diminuer le risque suicidaire tout en restant le plus éthique possible ? Quelles sont les limites de la sécurité relationnelle dans l'accompagnement en ergothérapie auprès des détenus présentant un trouble du comportement suicidaire ?

## VIII- Bibliographie

- A Simple Set of 6 Questions to Screen for Suicide*. (2021, 30 septembre). Columbia University Department of Psychiatry. Consulté le 3 mai 2023, à l'adresse <https://www.columbiapsychiatry.org/news/simple-set-6-questions-screen-suicide>
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Sillery, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Andersson, P., & Roos, E. (2019). *Arbetsterapeuters insatser inom suicidprevention*. Jönköping University. Consulté le 8 janvier 2023, à l'adresse <http://hj.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1326829&dswid=-4157>
- ANESM - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, A. (2008, décembre). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. has-santé.fr. Consulté le 22 février 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_projet.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf)
- Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit*. (s. d.). National Institute of Mental Health (NIMH). Consulté le 3 mai 2023, à l'adresse <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>
- Bryant, W., Fieldhouse, J., & Bannigan, K. (2014). *Creek's Occupational Therapy and Mental Health E-Book* (5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Health Sciences.
- Château Terrisse, P., Codello, P., Béji-Bécheur, A., Jougleux, M., Chevrier, S., & Vandangeon-Derumez, I. V. D. (2016, janvier). *Réflexivité et éthique du chercheur dans la conduite d'une recherche-intervention*. Cairn.info. Consulté le 7 mars 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2016-1-page-45.htm&wt.src=pdf>

- Cligman, O., Gratiot, L., & Hanoteau, J. (2001). *Le droit en prison*. Dalloz-Sirey.
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en oeuvre*. Dunod.
- Combessie, J. (2007). *La méthode en sociologie : L'entretien semi-directif : Vol. II*. La Découverte.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Courtet, P. (2013). *Suicide et environnement social*. Dunod.
- Dieleman, C., & Steggles, E. (s. d.). Occupational therapy and criminal justice. *Canadian Association of Occupational Therapists*, 15.4, pp.9-10.
- Djaoui E., Rôle sociaux et activité, *l'activité humaine : un potentiel pour la santé*, actualités en ergothérapie, De boeck solal, 2015, p.207 <https://anfe.fr/product/lactivite-humaine-un-potentiel-pour-la-sante-1/>
- Frizon, C., & Bonfils, V. (2018). Les dispositifs de prise en charge. *Actualité et Dossier En Santé Publique*, 104, 17-34.
- Imbert, G. (2010, mars). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Cairn.info. Consulté le 28 février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France - PUF.
- Joing, J. L. (2004). Handicap et projet de vie. *EMC - Podologie-Kinésithérapie*, 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.emck.2004.08.002>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014, avril). *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances*. Cairn.info. Consulté le 21 février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>

*Les personnes détenues : Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population*. (2022, 3 mars). Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le 4 février 2023, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenees-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenees>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.

Molineux, M., & Whiteford, G. (1999, novembre). Prisons: From occupational deprivation to occupational enrichment. *Journal of Occupational Science*, 6(3), 124-130.  
<https://doi.org/10.1080/14427591.1999.9686457>

*OBJECTIVITÉ : Définition de OBJECTIVITÉ*. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 6 mars 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/objectivit%C3%A9>

Observatoire International des Prisons. (s. d.). *Présentation de l'OIP*. oip.org. Consulté le 20 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/qui-sommes-nous/presentation-de-loip/>

Observatoire International des Prisons. (2020a, février 1). *Combien y a-t-il de prisons en France et quels sont les différents types d'établissements pénitentiaires ?* oip.org. Consulté le 17 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/combien-y-a-t-il-de-prisons-en-france/>

Observatoire International des Prisons. (2020b, 3 février). *Combien y a-t-il de personnes détenues en France ?* oip.org. Consulté le 28 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/combien-y-a-t-il-de-personnes-detenees-en-france/>



- Observatoire International des Prisons. (2020c, février 5). *Les prisonniers restent-ils enfermés toute la journée dans leur cellule ?* oip.org. Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/les-prisonniers-restent-ils-enfermes-toute-la-journee-dans-leur-cellule/>
- Observatoire International des Prisons. (2020d, avril 10). *Pour quels types de délits et quelles peines les personnes détenues sont-elles incarcérées ?* oip.org. Consulté le 18 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/pour-quels-types-de-delits-et-queelles-peines-les-personnes-detenuessont-elles-incarcerees/>
- Observatoire International des Prisons. (2021, 8 février). *Qui sont les personnes incarcérées ?* oip.org. Consulté le 17 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>
- Observatoire International des Prisons. (2022, 16 juillet). *Quelles activités sont proposées aux personnes détenues ?* oip.org. Consulté le 27 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/queelles-activites-sont-proposees-aux-personnes-detenuess/>
- Occupational Therapy and Suicide Prevention*. (s. d.). Association Canadienne des Ergothérapeutes. Consulté le 3 janvier 2023, à l'adresse [https://caot.ca/document/6124/SuicidePrevention\\_fact%20sheet.pdf](https://caot.ca/document/6124/SuicidePrevention_fact%20sheet.pdf)
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - MDCalc*. (s. d.). MDCalc. Consulté le 3 mai 2023, à l'adresse <https://www.mdcalc.com/calc/1725/phq9-patient-health-questionnaire9>
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1994). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé Mentale Au Québec*. Consulté le 10 mars 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.7202/032336ar>
- Prisons : 68 301 personnes détenues au 1er août, le taux d'occupation des établissements pénitentiaires atteint*. (2021, août 27). Franceinfo. Consulté le 13 décembre 2022, à l'adresse <https://www.francetvinfo.fr/societe/prisons/prisons-68-301-personnes->

[detenues-au-1er-aout-le-taux-d-occupation-des-etablissements-penitentiaires-atteint-113\\_4750605.html](https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4342.html#:~:text=Selon%20des%20estimations%20reprises%20par,augment%C3%A9%20dans%20la%20p%C3%A9riode%20r%C3%A9cente.)

*Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?* (s. d.).

Sénat - un site au service des citoyens. Consulté le 6 mars 2023, à l'adresse

<https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4342.html#:~:text=Selon%20des%20estimations%20reprises%20par,augment%C3%A9%20dans%20la%20p%C3%A9riode%20r%C3%A9cente.>

Reik, T. (2002). *Ecouter avec la 3ème oreille*. La bibliothèque des introuvables.

Straathof, T., Starc, C., Larry, C., & Taylor, E. (2021a, juin). *Suicide intervention : A guide to*

*using resources*. Canadian Association of Occupational Therapists. Consulté le 3

janvier 2023, à l'adresse [https://caot.ca/document/7625/Suicide%20Intervention-](https://caot.ca/document/7625/Suicide%20Intervention-%20A%20guide%20to%20using%20resources.pdf)

[%20A%20guide%20to%20using%20resources.pdf](https://caot.ca/document/7625/Suicide%20Intervention-%20A%20guide%20to%20using%20resources.pdf)

Straathof, T., Starc, C., Larry, C., & Taylor, E. (2021b, juin). *Suicide prevention : A guide to*

*using resources*. Canadian Association of Occupational Therapists. Consulté le 2

janvier 2023, à l'adresse [https://caot.ca/document/7627/Suicide%20Prevention%20-](https://caot.ca/document/7627/Suicide%20Prevention%20-%20A%20Guide%20to%20Using%20Resources.pdf)

[%20A%20Guide%20to%20Using%20Resources.pdf](https://caot.ca/document/7627/Suicide%20Prevention%20-%20A%20Guide%20to%20Using%20Resources.pdf)

*Suicide*. (2021a, juin 17). Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 22 décembre 2022,

à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

*Suicide*. (2021b, juin 17). Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 23 décembre 2022,

à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

*Tout savoir sur l'ergothérapie et les ergothérapeutes : Qu'est ce que l'ergothérapie*. (2022,

16 juin). Association National Française des Ergothérapeutes. Consulté le 27

septembre 2023, à l'adresse [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)

Vanderstukken, O., Garay, D., Benbouriche, M., & Moustache, B. (2015, août).

*Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations*

*sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage*. Cairn.info. Consulté le 9 mars 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-8-page-676.htm>

Weber, M. (2010). *Economie et société : Tome 1, Les catégories de la sociologie*. Pocket.

Whiteford, G. (1997). Occupational deprivation and incarceration. *Journal of Occupational Science*, 4(3), 126-130. <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686429>

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

## IX- Annexes

# Table des annexes

Annexe I : Organisation des centres pénitentiaires sur le territoire français.....	I
Annexe II : Courbe d'augmentation du nombre de détenus depuis 1990 .....	II
Annexe III : Tableau des niveaux de risque de suicide selon Straathof et al. (2021) .....	III
Annexe IV : Formulaire de consentement vierge donné aux ergothérapeutes avant l'entretien .....	IV
Annexe V : Présentation des personnes interrogées.....	V
Annexe VI : Guide d'entretien avec les ergothérapeutes .....	VI
Annexe VII : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°1.....	XII
Annexe VIII : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°2 .....	XVII
Annexe IX : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°3 .....	XXI
Annexe X : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°4 .....	XXVII
Annexe XI : Grille d'analyse horizontale des 4 entretiens avec les ergothérapeutes.....	XXXI

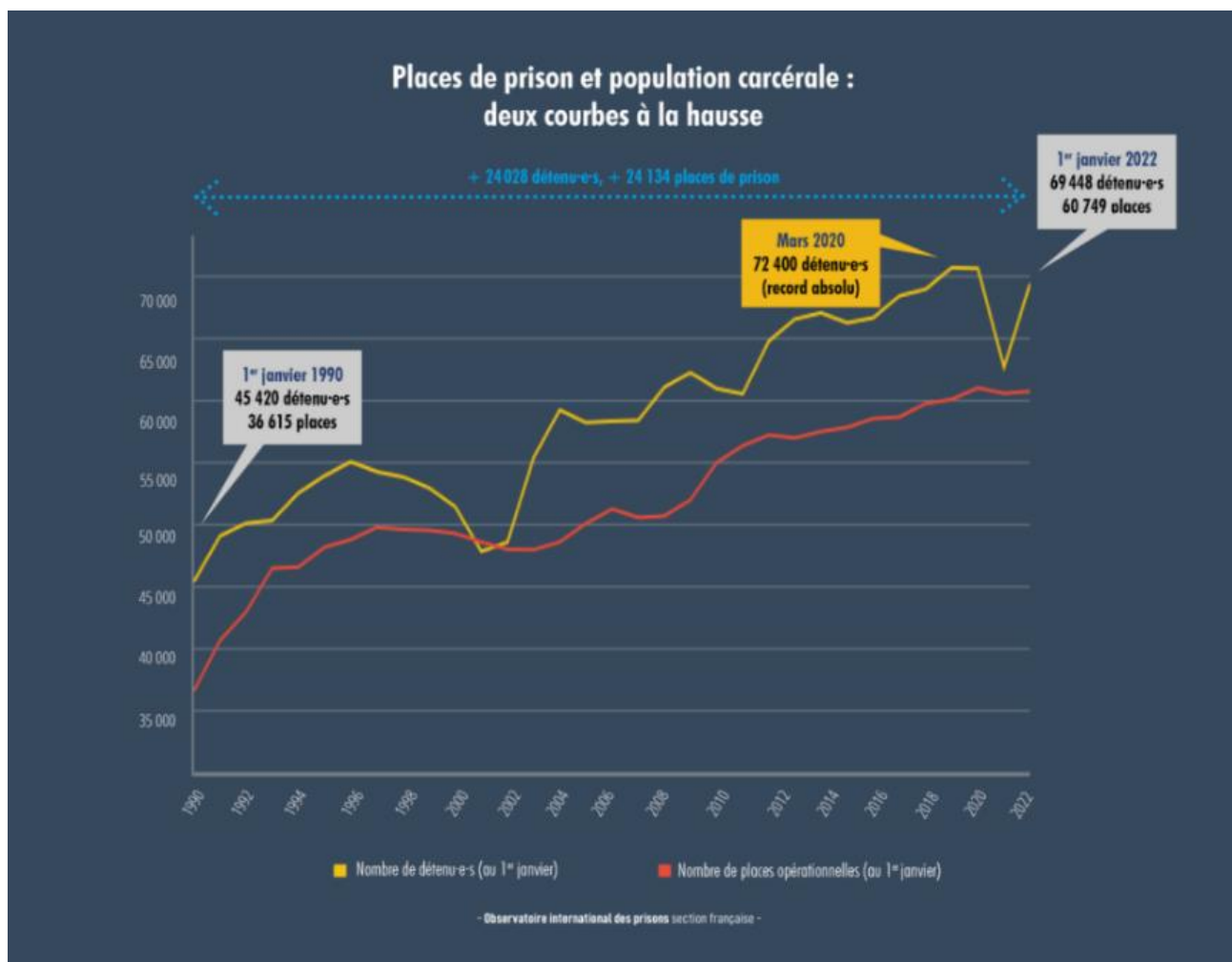
# Annexe I : Organisation des centres pénitentiaires sur le territoire français



Les structures pénitentiaires. (2021, 22 septembre). justice.gouv.fr. Consulté le 16 mai 2023, à

l'adresse <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

## Annexe II : Courbe d'augmentation du nombre de détenus depuis 1990



Observatoire International des Prisons. (2020b, 3 février). *Combien y a-t-il de personnes détenues en France ?* oip.org. Consulté le 28 octobre 2022, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/combien-y-a-t-il-de-personnes-detenu-es-en-france/>

**Annexe III : Tableau des niveaux de risque de suicide selon Straathof et al. (2021)**

<b>Niveau de risque</b>	<b>Description</b>
<i>Risque imminent</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'idées suicidaires</li> <li>• Avec intention d'agir sur ces idées suicidaires</li> <li>• Présence d'un plan et possibilité d'avoir accès aux moyens létaux immédiatement</li> </ul>
<i>Risque élevé</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'idées suicidaires</li> <li>• Avec intention d'agir sur ces idées suicidaires</li> <li>• Présence d'un plan au cours du dernier mois et/ou un comportement suicidaire au cours des 3 derniers mois</li> </ul>
<i>Risque modéré</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'idées suicidaires avec méthode mais sans plan</li> <li>• Présence d'intentions ou de comportements suicidaires au cours du dernier mois et/ou facteurs de risque</li> <li>• Peu de facteurs protecteurs</li> </ul>
<i>Faible risque</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une envie de mourir ou idées suicidaires sans méthode</li> <li>• Présence d'un plan, d'une intention ou d'un comportement ou idées suicidaires il y a plus d'un mois</li> </ul>

## Annexe IV : Formulaire de consentement vierge donné aux ergothérapeutes

### avant l'entretien



## Formulaire de consentement pour un entretien dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de recherche

Dans le cadre de notre formation en ergothérapie, il nous est demandé d'élaborer un mémoire portant sur le sujet de notre choix. La recherche que je choisis de mener est axée sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de patients détenus, en privation occupationnelle et présentant un risque suicidaire.

Afin de mener à bien cette recherche, des entretiens sont réalisés. Pour ce faire, l'entretien sera mené de façon anonyme, aucune information concernant votre identité ne sera divulguée. L'échange que nous aurons sera enregistré puis retranscrit par la suite dans le but de faciliter l'analyse de l'entretien. L'enregistrement et la retranscription seront détruits quand le travail de recherche sera terminé. Lors de l'entretien, vous êtes libre de répondre ou non aux questions posées. Si vous le désirez, l'entretien peut prendre fin à tout moment

Par ce présent document, je soussigné \_\_\_\_\_, consens d'une façon libre et éclairée, à ce que tous les renseignements que j'ai communiqués soient utilisés dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de recherche.

Agathe LEMER

Etudiante en ergothérapie, 3<sup>ème</sup> année

Rouen

Date

Signature



### Annexe V : Présentation des personnes interrogées

<b>Personne interrogée</b>	<i>Ergothérapeute n°1</i>	<i>Ergothérapeute n°2</i>	<i>Ergothérapeute n°3</i>	<i>Ergothérapeute n°4</i>
<b>Date de l'entretien</b>	27/03/2023	30/03/2023	31/03/2023	24/04/2023
<b>Durée de l'entretien</b>	1h16	35min	1h	29min
<b>Lieu d'exercice professionnel actuel</b>	USMP	UMD	Service de réhabilitation psycho-sociale	Cadre de santé en UMD
<b>Durée de diplomation en tant qu'ergothérapeute</b>	1 an	6 ans	14 ans	A travaillé 6 ans en tant qu'ergothérapeute Cadre de santé depuis 11 ans
<b>Durée d'expériences en santé mentale</b>	1 an	6 ans	14 ans	17 ans
<b>Modalités d'entretien</b>	Visioconférence	Présentiel	Présentiel	Visioconférence

## Annexe VI : Guide d'entretien avec les ergothérapeutes

Thématiques	Critères	Indicateurs	Questions	Hypothèse (s) correspondante(s)
<b>L'ergothérapeute</b>	Parcours professionnel de la personne	<p>Les expériences professionnelles précédentes et actuelles en ergothérapie</p> <p>Durée d'expérience auprès de détenus</p> <p>Durée d'expérience en santé mentale</p> <p>Les formations spécifiques</p>	<p><b>1.</b> Quel est votre parcours professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelles structures avez-vous travaillé en tant qu'ergothérapeute ?</li> <li>• Combien de temps avez-vous travaillé en santé mentale ?</li> <li>• Combien de temps avez-vous travaillé auprès de détenus ?</li> <li>• Des formations spécifiques sont-elles nécessaires pour accompagner des détenus et/ou des personnes présentant un risque suicidaire ?</li> </ul>	Hypothèses 1 et 2
<b>La population accompagnée</b>	Spécificités des patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire	<p>Profil des patients</p> <p>Moyenne d'âge</p> <p>Parcours de vie</p> <p>Centres d'intérêts principaux</p> <p>Pathologie</p>	<p><b>2.</b> Quel est le profil type des patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire que vous accompagnez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est leur moyenne d'âge ?</li> <li>• A quel stade du trouble du comportement suicidaire sont-ils ? ⇒ Ont-ils déjà réalisé une tentative de suicide ? Ont-ils des pensées suicidaires ? Un plan est-il défini ?</li> <li>• Pour quelles raisons sont-ils incarcérés principalement ? (Si la raison est connue)</li> <li>• Depuis combien de temps sont-ils incarcérés ?</li> <li>• Comment verbalisent-ils leurs ressentis vis-à-vis de la privation occupationnelle ? En ont-ils conscience ?</li> </ul>	Hypothèses 1 et 2

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont leurs centres d'intérêt ?</li> </ul>	
	Fréquence d'accompagnement	Nombre de patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire en moyenne	<b>3.</b> A quelle fréquence accompagnez-vous des personnes détenues présentant un trouble du comportement suicidaire ?	Hypothèses 1 et 2
	Les stades de l'intervention	Intervention différente en fonction du niveau de risque suicidaire  Situation stabilisée après les soins médicaux  En phase de prévention avant la phase aiguë	<b>4.</b> A quel(s) stade(s) du trouble du comportement suicidaire intervenez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• A quel niveau de niveau de risque suicidaire intervenez-vous ?</li> </ul>	Hypothèses 1 et 2
		A tous les stades mais dans différents lieux	<b>5.</b> A quel(s) stade(s) de la détention intervenez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• A quel moment de la vie du détenu intervenez-vous ?</li> </ul>	Hypothèses 1 et 2
<b>Les interventions en ergothérapie</b>	Le contenu de l'intervention	L'art, l'artisanat, la musique, l'informatique, le travail du bois, les médiations animales, le jardinage, le sport, ...	<b>6.</b> Quelles sont les principales médiations proposées pour des patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire ?	Hypothèse 1
	Les critères d'attention	Environnement sécurisé permettant la gestion des risques  Protocoles stricts instaurés par l'institution  Communication et travail d'équipe	<b>7.</b> Quels sont les objectifs et les critères d'attention particuliers dans la mise en place de ces médiations ?	Hypothèse 1

		<p>Connaissance de la vision du détenu vis-à-vis de sa pathologie</p> <p>Vigilance sur l'utilisation d'outils pouvant atteindre à l'intégrité de l'individu (comptage des outils, ...)</p>		
	La sécurité du patient et du thérapeute	<p>Les éléments mis en place (adaptation de l'environnement, adaptation du matériel, ...)</p> <p>Sécurité physique et psychique du patient et du thérapeute</p> <p>Présence du cadre thérapeutique</p>	<b>8.</b> Quelles adaptations avez-vous pu mettre en place pour favoriser un environnement sécurisant lors des interventions en ergothérapie ?	Hypothèse 1
	Utilisation d'activités significantes	<p>Favoriser l'engagement occupationnel</p> <p>Permettre la possibilité de choix</p> <p>Développer des compétences</p> <p>Favoriser la motivation</p> <p>Travailler avec l'individu pour réaliser son potentiel</p>	<b>9.</b> Utilisez-vous des activités significantes pour le patient lors de vos accompagnements ? Pourquoi ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour quelles raisons utilisez-vous (<i>ou n'utilisez-vous pas</i>) des activités significantes pour le patient ?</li> </ul>	Hypothèse 1
	La valorisation du patient lors d'une activité significative	<p>Engagement de la part du patient dans des activités significantes</p> <p>Aliénation et comportements antisociaux limités</p>	<b>10.</b> En quoi l'activité significative a pu être valorisante pour le patient ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment savez-vous que le patient s'est senti valorisé ?</li> <li>• Qu'est-ce qui peut vous faire dire qu'en fin de séance, le patient s'est senti valorisé ?</li> </ul>	Hypothèse 1

		Trouver de nouvelles occupations n'étant pas en lien avec la délinquance	<b>11.</b> Selon vous, quels pourraient être les intérêts d'utiliser une activité signifiante et valorisante dans l'accompagnement ?	Hypothèse 1
Le projet de vie du patient		Réévaluation régulière pour continuer à respecter les souhaits de la personne et ses proches  Le début de la construction du projet de vie arrive après les 1ers contacts, une fois l'alliance thérapeutique créée	<b>12.</b> A quel moment de l'intervention en ergothérapie un projet de vie peut-il être construit ?	Hypothèse 2
		Co-construction entre le patient et l'équipe soignante, de manière individualisée	<b>13.</b> Comment ce projet de vie est-il construit ?	Hypothèse 2
		Diffère d'une personne à une autre en fonction de ses projets, de la personne elle-même, de son rythme de pensée et d'action	<b>14.</b> A quelle temporalité aidez-vous à construire ce projet de vie avec le patient ? • A court, moyen, long terme ?	Hypothèse 2
		En lien avec l'incarcération ou en lien avec la libération	<b>15.</b> D'une manière générale et avec les patients que vous accompagnez, quels sont les principaux projets de vie que vous construisez ?	Hypothèse 2
		Permet d'exprimer les souhaits, les désirs, envies et éléments de projets aux professionnels	<b>16.</b> Qu'apporte le projet de vie pour le patient ?	Hypothèse 2
		Avoir ses propres représentations et ses propres besoins d'aide et d'accompagnement		

		Permet une meilleure compréhension de la situation du patient et le thérapeute pourra répondre aux attentes du patient en proposant un accompagnement individualisé	<b>17.</b> Quel est l'impact d'avoir un projet de vie sur l'accompagnement ?	Hypothèse 2
Le relationnel avec les patients	La posture professionnelle	Création d'une alliance thérapeutique et d'une adhésion thérapeutique  Favoriser la mise en place d'une sécurité relationnelle	<b>18.</b> Quels sont les objectifs en tant que professionnel dans cet accompagnement ?	Hypothèses 1 et 2
	Les réactions adaptées	Réponses verbales et non verbales du professionnel	<b>19.</b> Que faites-vous lorsqu'un patient détenu vous expose des idées/actes suicidaires lors de vos interventions ?	Hypothèse 1
	La posture professionnelle en tant qu'ergothérapeute	Mise en place de la sécurité relationnelle : « connaissance et compréhension d'une personne et de l'environnement par le personnel et comment cette connaissance et cette compréhension sont traduites en une réponse et des soins appropriés »	<b>20.</b> Quelle pourrait être votre posture professionnelle idéale en tant qu'ergothérapeute accompagnant des détenus présentant un trouble du comportement suicidaire ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est l'attitude à avoir ?</li> <li>• Dans quel état d'esprit doit se trouver le thérapeute lors de cet accompagnement ?</li> <li>• Quelles postures utilisez-vous que d'autres professionnels de santé ne pourraient pas utiliser du fait qu'ils ne soient pas ergothérapeute ?</li> <li>• Qu'est-ce qui vous différencie, en tant qu'ergothérapeute, d'un autre professionnel dans votre manière d'accompagner ces patients ?</li> </ul>	Hypothèse 1

<b>La privation occupationnelle</b>	Le concept	Impossibilité de réaliser des activités significatives du fait de facteurs externes à la personne	<p><b>21.</b> Quelles connaissances avez-vous du concept de privation occupationnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que savez-vous du concept de privation occupationnelle ?</li> </ul>	Hypothèses 1 et 2
		La détention est un lieu de privation occupationnelle	<p><b>22.</b> Pensez-vous que ce concept existe auprès des patients que vous accompagnez ? Pour quelles raisons ?</p>	Hypothèse 1 et 2
		<p>Les outils proposés pour y remédier</p> <p>La prise en compte de ce concept dans l'accompagnement en ergothérapie</p>	<p><b>23.</b> Qu'avez-vous pu mettre en place pour remédier à cette privation occupationnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quel contexte ?</li> <li>• A quel moment ?</li> </ul>	Hypothèse 1
	Impacts de la privation occupationnelle	Sur tous les aspects occupationnels de la personne	<p><b>24.</b> Quels pourraient être, selon vous, les impacts de la privation occupationnelle sur le patient ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur le quotidien</li> <li>• Sur l'environnement social</li> <li>• Sur la sphère personnelle, émotionnelle, sur la pathologie, ...</li> </ul>	Hypothèses 1 et 2

## Annexe VII : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°1

<b>Thématiques</b>	<b>Morceaux d'entretien exprimés par l'ergothérapeute</b>
<b>L'ergothérapeute</b>	<p>J'ai eu mon stage au SMPR de Marseille            J'ai fait ergo à Marseille pendant 8 mois en SMPR            Là ça fait 3 mois que je suis à l'USMP de la Farlède vers Toulon            Je ressors du congrès de la santé en prison            J'interviens directement en prison, c'est dans l'unité sanitaire de la prison</p>
<b>La population accompagnée</b>	<p>Troubles de l'adaptation            C'est principalement les chocs suicidaires donc les arrivants et les sortants de prison            On a tout ce qui est personnes addictes, venant du Nord du Maghreb et c'est surtout des menaces de suicide pour accéder à la médication            J'accompagne tous les détenus            Principalement pour moi en ergothérapie, ce sont les détenus qui présentent une psychose            Alors une moyenne d'âge, aujourd'hui je dirais vers 35 ans            La plupart ont déjà réalisé une tentative de suicide en prison car ils sont en état limite carcéral. Ça va être des patients qui ne peuvent rien attaquer d'autre que leur corps, pour attaquer l'institution pénitentiaire            Les centres d'intérêt des patients, ça va être les besoins, vraiment des besoins primaires donc en premier plan on va avoir tout ce qui est consommations</p> <p>Il y a le mode qui est vraiment sur le choc carcéral, où ça va être une fois par semaine pendant 3 semaines. Et dans la chronicité, soit ce sont des personnes qui présentent une psychose en plus et donc là ça va être vraiment en ergothérapie 2 fois par semaine. Et, sinon ça va être des activités transversales une fois par semaine. Ça va dépendre du profil du patient</p> <p>Pas de stade précis au niveau du trouble du comportement suicidaire pour effectuer l'accompagnement en ergo. En général, hors crise.            Mais sinon c'est quand même sur les phases assez aiguës qu'on commence les prises en soins            Et sinon c'est sur la chronicité sur les personnes chroniques            Après c'est vraiment du cas par cas            C'est sans cesse un besoin fluctuant</p> <p>Au niveau du stade de la détention, bah à l'arrivée            A l'arrivée ou au cours de toute la détention si c'est chronique</p>
<b>Les interventions en ergothérapie</b>	<p>En général, je commence avec eux par un bracelet. Mais c'est des bracelets qui vont se faire d'une séance à l'autre. Ça leur permet déjà de se projeter dans un avenir assez proche</p>



Ensuite sur la chronicité, on propose du jardin thérapeutique, tout ce qui est mise en mouvement, relation au vivant, temporalité aussi. Je travaille sur la mémoire, je leur demande de se projeter au moins sur la séance, que chacun trouve un rôle. On travaille sur la temporalité et se projeter dans le temps

Et la musique, c'est pour une réanimation psychique, en général. Pour permettre d'avoir un effet sur l'environnement, un rapport au monde de pouvoir taper sur l'instrument, que ça réponde, qu'il y ait de la satisfaction immédiate. Sur la réanimation psychique, je fais quelque chose de très libre. Sinon sur la guitare et le ukulélé, je travaille par projet. Avec le rapport à la réalité sur ce qu'ils avaient prévu de faire et ce qu'ils ont fait, et les motiver un petit peu pour qu'ils arrivent à leurs objectifs personnels

Ben pour les médiations en groupe, il faut clairement faire attention au profil

Il faut faire attention à ne pas leur en demander trop, à faire attention aussi à un phénomène qu'on pourrait appeler d'impuissance apprise : des gens qui ont peu confiance en leurs capacités

Bien commencer par le début puis faire grandir petit à petit les demandes. C'est plus valorisant dans ce sens-là.

Veiller à ce que tout le monde ait bien un rôle dans les groupes

Ne pas les laisser à côté et ne pas les laisser en situation d'impuissance et d'échec surtout ces personnes-là

Faire en sorte qu'ils puissent se projeter d'une séance à l'autre aussi, redonner des objectifs et établir un lien avec le thérapeute

En général, le cadre est suffisant pour permettre un environnement sécurisant

- La séance, on la commence ensemble, on la termine ensemble
- Il n'y a pas d'échanges d'objets pendant la séance

Ils ne sont pas obligés d'agir, qu'ils peuvent simplement être là, que s'il y a une problématique particulière ils peuvent m'en parler mais que tout ce qui concerne la détention et les actes pour lesquels ils sont là on n'en parle pas forcément en groupe

Le respect en général est important aussi : je leur dit que je reprendrai une seule fois avec eux tout manque de respect à n'importe qui et que à la fois d'après ils sortiront de la séance mais qu'on aura l'occasion d'en reparler avant la séance d'après, jamais sur le moment je préfère différer mais toujours à la séance d'après, pour pas briser l'alliance

Je rappelle toujours que les outils ne sont que des outils et que je veille à ce qu'ils soient tous là, qu'ils ne soient pas empruntés

En fait c'est vraiment une présence au sein du groupe pour moi qui sécurise et le fait de bien rester attentif à tout ce qui se passe

Par contre voilà pas de mise en échec, celui qui va être en difficulté je vais venir le chercher sur des sujets qui vont être assez globaux, comme les origines, sans essayer de tomber dans un piège où au final le passage à l'acte est proche du sujet que je vais rapporter et que je vais créer une situation de mal être ou quoi, j'évite en général

Théoriquement on ne va pas créer de malaise ou du moins de malaises qui seraient insupportables pour la séance

J'essaie toujours de maximiser l'utilisation d'activités signifiantes, que ça ait du sens pour eux ou du sens pour la communauté on va dire, d'où l'utilisation de médias qui parlent un petit peu à tous

On va voir que le patient s'est senti valorisé au niveau des mimiques, déjà quelqu'un qui est vraiment investi dans ce qu'il fait, on va le voir au niveau du regard, comment il va venir nous chercher et s'il va essayer de nous montrer des choses, s'il va le mettre en avant, si il va démontrer une certaine fierté, si il va susciter de l'intérêt aussi chez les autres, si ça va lui donner un rôle justement vis-à-vis du groupe, si les autres vont s'en inspirer, et même son rapport à l'activité, à la tâche. Ce qui est important aussi de voir c'est ce que ça suscite chez les autres au sein d'un groupe

En général, quelqu'un qui va faire quelque chose qui a du sens pour soi, ça va créer une dynamique dans le groupe qui va être assez intéressante et ça va remettre du sens aussi aux soins et à l'action dirigée vers le soin

On va remarquer une meilleure alliance

Le fait de les renarcissiser, de donner un rôle, on va vraiment leur permettre d'avoir un sens à la fois à leur vie, leur permettre de passer leur incarcération sans qu'il y ait trop de troubles à la sortie. Voilà, de limiter les effets néfastes sur leur santé psychique de l'incarcération, créer une dynamique de groupe qui sera bénéfique même pour les nouveaux patients arrivants

Une fois que la dynamique est lancée, c'est un petit peu le groupe qui s'autogère, qui se valorise entre eux, qui se retrouvent en promenade, ça va vraiment les inclure dans leur environnement et c'est une inclusion qui est dans un effet bénéfique

Un espace qu'on pourrait appeler transitionnel et faire office de soutien, un environnement social sain et de soutien pour eux

En général, j'essaie de l'évoquer quand c'est moi qui fais les entretiens initiaux. Au moment du premier entretien, j'essaie de leur demander comment ils vivaient avant et comment ils souhaitent vivre après l'incarcération. Après sur les personnes qui sont complètement déprimées et qui ne voient pas à une temporalité de plus d'une semaine, on évite quand même. En fait ça peut être évoqué à tout moment. Ça va vraiment dépendre du profil

Par contre si on a quelqu'un qui présente tous les symptômes de la dépression, on va peut-être d'abord s'intéresser aux projets à court terme et voir sur des moments où ils iraient un peu mieux ou alors vers la fin de l'incarcération, 2 mois avant, en général. Le temps de pouvoir mettre en place les choses

Bah c'est à dire que ça pourrait représenter une mise en échec pour les patients qui n'arriveraient pas à se projeter déjà à court terme

Les projets de vie sont beaucoup construits avec le patient et aussi par rapport à un rapport à la réalité avec l'assistant social qui est en lien avec les CPIP

Mais voir si ses souhaits et la réalité sont cohérents

Sur les personnes qui vont passer à l'acte parce qu'ils n'ont pas de quoi verbaliser ce qu'ils ressentent, ... et qui vont avoir un rapport au passage à l'acte alexithymique, on a souvent des personnes qui veulent retourner avec leur conjoint / conjointe et justement avec des mesures d'éloignement et cetera sur lesquelles il faut travailler avec eux. Donc d'abord on travaille sur l'alexithymie, on travaille sur le passage à l'acte et après on parle de lever ou non la mesure d'éloignement

Ce seront principalement des projets de vie en lien avec le logement, le retour au domicile avec les proches, très peu de foyer, ...

	<p>Il y a des personnes avec qui le projet, on va travailler le strict minimum pour qu'ils puissent sortir déjà. Ça va aider à tenir, que savoir qu'ils peuvent avoir un logement ou quoi et que ça va les aider à sortir plus tôt déjà ça, ça pourra les aider</p> <p>Sur le moyen terme et long terme avoir un projet de vie leur permet de se projeter et de vivre un petit peu mieux l'incarcération. Après en général, aux abords de la sortie ça provoque quand même des angoisses, ils ne se sentent plus forcément capables, voilà ils se sentent plus capables, ils doutent énormément, si le projet est trop travaillé ils vont avoir l'impression d'arriver dans quelque chose de trop compliqué pour eux.</p> <p>Mais sur la fin, c'est sûr que les angoisses sont quand même assez massives pour les personnes qui ont travaillé leurs projets et qui auraient peur de voir toutes les choses</p> <p>Concernant l'accompagnement, le projet de vie a des impacts positifs, au moins pendant l'incarcération. Travailler le projet de vie ça leur permet aussi de, je ne vais pas dire de passer le temps, mais de se projeter un petit peu plus dans l'avenir, d'être psychiquement occupé par certaines questions, certaines préoccupations, refaire certains papiers et d'amener de petites choses en petites choses jusqu'à arriver à la sortie</p> <p>On va travailler chaque partie du projet et qui vont leur permettre de se projeter à plus court terme et avoir de quoi penser par rapport à leur sortie et de ne pas ruminer sur le présent</p> <p>Ça peut avoir un effet au niveau du lien où ils vont venir vouloir venir nous voir, vouloir nous raconter chacune des parties de leurs avancées avec l'assistante sociale, ... ça va plus impacter le lien.</p>
<p><b>Le relationnel avec les patients</b></p>	<p>La première mission pour moi des unités sanitaires en prison, c'est de limiter et réduire le risque suicidaire</p> <p>Les inclure à leur environnement social, donc en leur donnant un rôle, à leur environnement physique en leur donnant des petits tuyaux, astuces sur la prison, environnement institutionnel aussi pour répondre à leurs questions, faire en sorte qu'ils puissent se projeter dans un court terme valorisant. Donc aussi la valorisation, la re-narcissisation.</p> <p>Développer une alliance forte avec le soin par le biais des thérapeutes</p> <p>Les inclure dans un milieu dit « normal », les inclure dans le travail en détention, les inclure à l'école aussi en détention. Ça c'est la finalité en fait, c'est des objectifs à plus long terme. Voilà, tout ce qui serait en dehors du soin et qui serait un petit peu moins stigmatisant pour eux aussi</p> <p>En vrai, mon principal objectif vis-à-vis de mes patients, c'est vraiment ça, c'est faire en sorte qu'ils passent leur détention</p> <p>En général je leur propose, en tout cas si l'exposition d'actes ou d'idées suicidaires intervient pendant un groupe, un entretien en fin de séance et ensuite je suis le protocole de l'évaluation du risque suicidaire. J'essaie de, j'évalue. En fait je pose le mot, je leur demande si... j'essaie de regarder s'il y a des déterminants particuliers, donc des dates, événements, des choses comme ça. J'essaie de voir s'il y a un scénario, j'essaie de voir les temporalités. Voilà, je fais une évaluation du risque suicidaire et j'en réfère ensuite au psychiatre et au psychologue. Si le risque suicidaire s'avère être existant ou que j'ai un doute, je propose une mise sur la CPRS (donc la commission prévention risque suicidaire), il y a les codétenus de soutien, des cellules où en théorie, ils ne peuvent pas se tuer.</p>

	<p>Je pense qu'il faut beaucoup de postures maternantes, sur les premiers temps  Une posture vraiment d'écoute aussi, d'individualisation de la relation, de l'être au sein du groupe. Et, une posture qui est vraiment sincère et authentique  Et vraiment l'authenticité, ça compte beaucoup et aussi le fait qu'il y ait une bonne mise en lien, un bon transfert de l'alliance entre tous les professionnels, qu'ils se sentent englobés par une équipe, que même si on a des conflits avec la pénitenciaire, ne jamais le montrer. Montrer que nos alliances avec le système sont solides, que du coup notre alliance avec lui, peu importe ce qu'il arrivera, on restera thérapeutique et on restera dans le bénéfice des soins</p>
<p><b>La privation occupationnelle</b></p>	<p>C'est presque une privation de l'existence au sein de la société et cette existence-là elle se fait par l'activité, il y a un rapport, un petit peu, avec l'injustice occupationnelle si on veut</p> <p>Pour moi, j'arrive à le retrouver parce que c'est un peu un fondement en ergothérapie. Mais dire que l'activité est un déterminant de santé, les personnes quand elles sont dans une cellule heu, je ne sais pas moi, les 3 quarts de leur temps, forcément ça a des impacts hein  Pour moi oui, ce concept là il existe par essence de ce qu'est l'ergothérapie.</p> <p>Pour remédier à la privation occupationnelle, on peut appuyer une candidature pour le travail, proposer l'école, proposer plus d'activités, demander à ce qu'il soit changé de bâtiment, d'étage, quand c'est vraiment sur les CPRS, là on peut demander.  Demander un accès plus fréquent au gymnase, ça c'est des choses qu'on vient demander après avoir mis en place notre arsenal thérapeutique, donc de psychologue, psychiatre, activités thérapeutiques. On peut, en dernier lieu, demander un transfert pour rapprocher des familles</p> <p>Les impacts de la privation occupationnelle, à court terme, ça va être des angoisses, des sentiments d'isolement, un repli social, des conduites addictives. A moyen terme et à long terme ça va être des passages à l'acte auto agressifs et hétéro agressifs, un risque suicidaire accru, des angoisses, voilà des angoisses qui ne se déferont peut-être jamais, un sentiment d'impuissance, des troubles cognitifs, ça va aussi être enfaite, c'est plus tout ce qui est lié à l'enfermement</p>

## Annexe VIII : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°2

<b>Thématiques</b>	<b>Morceaux d'entretien exprimés par l'ergothérapeute</b>
<b>L'ergothérapeute</b>	<p>J'ai travaillé pendant 3 ans dans plusieurs structures. En fait le poste était composé en intra hospitalier par une unité d'admission et une unité complémentaire. Dans ce même poste, je travaillais en extra hospitalier dans un hôpital de jour, adultes. Systématiquement c'était adulte voilà, psychiatrie adulte. Et dans ce même poste, on pouvait me demander ponctuellement d'intervenir dans un CMP et une unité de réhabilitation psychosociale. Et depuis, je travaille du coup en effet, ça fait 3 ans que je suis en UMD, UMD hommes adultes, forcément</p>
<b>La population accompagnée</b>	<p>Des patients d'environ 40 ans mais éventuellement pour donner un chiffre mais ... ça fluctue assez  On peut avoir des gens qui arrivent qui n'ont pas d'idées suicidaires initialement et qui vont par la suite en développer ou inversement. En effet, quelqu'un qui va déjà avoir des idées suicidaires, on peut l'accompagner pour ces raisons-là. Mais moi, personnellement, j'ai rencontré plus le premier cas que je t'expose, c'est-à-dire la personne qui n'a pas d'idées suicidaires initialement et qui va en développer pendant les soins  Plutôt sur un début de séjour en détention</p> <p>Bah on est actuellement une file active de 15 patients donc ce n'est peut-être pas très représentatif mais on va dire 2 à l'année, je vais accompagner 2 personnes à l'année qui peuvent être qui peuvent répondre à ces caractères</p> <p>Au niveau du trouble du comportement suicidaire, Ben ça peut déjà être avant même qu'il le développe, parce que bon l'indication thérapeutique en ergothérapie peut ne pas être forcément liée à l'idée suicidaire hein. Après justement quand ça se développe, nous on y prête une attention bien particulière, forcément  En fait c'est tout au long de la prise en charge vraiment. En stade aigu, on va avoir des vigilances bien particulières. En effet, sur ce qu'on propose, on ne va pas proposer les mêmes choses mais on peut intervenir tout autant  J'adapte ma prise en charge au fur et à mesure  Sur l'UMD, euh quand il y a des risques suicidaires très importants, vraiment très aigus, les personnes sont en observation en chambre protégée donc dans ces moments-là on intervient quand même très peu, voire pas. Mais dès que c'est possible, on intervient</p> <p>On va intervenir auprès du détenu dès l'apparition des troubles hein  Il n'y a pas de stade précis, souvent c'est que la détention se passe mal</p>
<b>Les interventions en ergothérapie</b>	<p>Dans un premier temps, c'est vrai qu'on vise peut-être plus les médiations où il va y avoir des interactions dans un cadre très bienveillant, on va vraiment être sur quelque chose ou avec des renforceurs positifs, où on peut laisser la capacité de s'exprimer aussi, que la personne puisse vraiment parler en sécurité</p> <p>Pour mes objectifs et critères d'attention, le cadre va être important, je vais y porter une attention particulière  Faire en sorte qu'on soit sur quelque chose qui soit suffisamment sécurisant pour permettre justement l'expression de quoi que ce soit et commencer à initier une relation de confiance avec la personne. En tout cas avoir cet objectif-là, je vais vraiment me centrer sur moi aussi,</p>

ma façon d'intervenir auprès de lui, donc ouais pour encourager cette relation de confiance. On va être attentif, bien sûr, à l'environnement dans lequel la personne va évoluer, les outils qu'on va lui confier, si on veut lui confier, et peut-être même des fois ne pas du tout lui confier d'outils, c'est même idéal au début hein forcément. Et être attentif à ce que si on a confié quelque chose bah qu'on le récupère bien à la fin, pour des règles de sécurité bien sûr.

Dès qu'on sort un outil, on compte, on vérifie qu'il est là et qu'il est bien là quand on a fini l'activité.

On est attentif à tout ce qui se passe dans la pièce

Éventuellement de peut-être se trouver à proximité d'un collègue, en tout cas pour pouvoir en cas de pépin alerter rapidement

Pour favoriser un environnement sécurisant, c'est faire en sorte que les personnes avec qui la personne se retrouve sont des personnes avec qui elle a des centres d'intérêts, ou en tout cas qui vont avoir une bonne entente, qu'il reste cordial, que ça ne soit pas des personnalités qui forcément voilà ne s'entendent pas. Là, on va vraiment éviter pour encore une fois encourager cette relation de confiance et un cadre sécurisé

J'adopte peut-être une autre attitude hein forcément hein. On fait attention à comment on formule nos phrases, on est attentif un petit peu à ce qu'on dit

Alors en individuel bah d'autant plus, ouais. On va être attentif à nous, à notre formulation, être à l'écoute, en fait vraiment adopter une posture d'écoute active auprès de la personne. Je dirais que ça c'est essentiel oui

Oui j'utilise forcément des activités significatives pour les patients lors de mes accompagnements pour permettre un engagement aussi de la personne

Que la personne puisse être actrice dans un premier temps, qu'elle s'investisse parce que forcément si c'est significatif elle ne va pas y mettre la même chose, elle va peut-être aussi plus se livrer, projeter des éléments personnels dans cette médiation, faire du lien avec son vécu personnel, c'est toujours préférable

C'est vrai que la personne qui aime une activité va déjà avoir des compétences donc. Alors déjà dans un premier temps, ça sécurise pour elle parce qu'elle connaît cette activité, ça va souvent la valoriser parce que vu qu'elle la connaît elle va peut-être être plus en réussite dans cette activité donc on vient renforcer positivement ses habiletés, son sentiment de compétence

On perçoit que le patient s'est senti valorisé déjà par sa participation, est-ce qu'il s'implique dans cette activité, au niveau de l'engagement est-ce qu'il va être vraiment volontaire, est-ce qu'il va prendre des initiatives. Au niveau de la participation, on va le voir. Ensuite on va le voir aussi sur le langage même non-verbal, la posture, les sourires, le regard qu'il porte aussi aux autres, on va le voir aussi forcément sur le langage verbal hein, est-ce qu'il échange, est-ce que c'est centré sur lui, sur les autres ?

Les intérêts d'utiliser une activité significative et valorisante dans l'accompagnement sont de permettre à la personne de s'engager déjà dans ses soins, c'est d'être actrice hein, d'être acteur de ses soins quoi. Heu, ouais initialement je dirais ça. Après forcément les éléments qu'on vient évoquer, donc ouais

	<p>Le projet de vie est construit le plus tôt possible bien sûr, dès que c'est possible, dès que la personne a la capacité de se projeter, c'est hyper important, mais on se laisse quand même un temps pour apprécier quand même les symptômes, qui on a en face de nous en fait, on va pas commencer par-là</p> <p>Ça dépend du profil et des capacités du patient</p> <p>Ça peut être le plus tôt possible dans le sens où dès que la personne est en capacité de prendre des décisions par elle-même, de se projeter dans l'avenir, d'organiser ses pensées de façon constructive, oui on peut, on peut y aller</p> <p>C'est important de le faire le plus tôt possible, dès que c'est possible, parce que là la personne elle va au moins avoir un but, quelque chose qui va la stimuler aussi, ça va lui donner un sens global aussi à sa prise en charge</p> <p>Je ne construis pas le projet de vie, j'accompagne le patient dans sa construction. C'est d'abord la personne qui construit son projet de vie. Après on est un peu comme des indicateurs, en tout cas si on leur donne des indications sur leurs capacités, s'ils sont pas en capacité de les voir en tout cas, mais on va surtout permettre de faire émerger la prise de conscience des capacités, des incapacités, s'il y en a, pour permettre aussi à la personne d'être au clair avec ses propres compétences et ensuite de prendre des décisions au mieux, elle, dans sa vie</p> <p>On va l'aider à connaître ses forces, ses ressources, sur quoi il va pouvoir s'appuyer pour certains projets et puis quelles vont être les limites qu'il peut rencontrer et qui vont peut-être ne pas permettre certaines choses qu'il avait initialement prévues. On va vraiment être sur un exercice de réflexivité, que la personne soit en capacité de s'auto évaluer finalement pour ensuite se projeter dans des projets adaptés.</p> <p>La projection, heu, plutôt à moyen terme, j'aurais tendance à dire. En lien avec ce que j'évoquais, c'est-à-dire qu'il y a tout le travail de la relation de confiance, le travail, en général, d'acceptation aussi parfois des troubles, et puis nous aussi le temps de l'évaluer hein ça ne se présente pas souvent à court terme mais plutôt moyen, long terme, cela dépend de la symptomatologie principalement</p> <p>Les principaux projets de vie dépendent de chacun, mais d'une manière générale, c'est quand même de pouvoir sortir de l'UMD</p> <p>La plupart du temps, c'est des projets de vie très calés sur la représentation sociale de ce qu'on peut imaginer comme un avenir idyllique, c'est-à-dire avoir une famille, avoir une maison, avoir des enfants, c'est un modèle culturel, enfin en fonction de la culture</p> <p>Le projet de vie du patient lui donne une voie, un objectif global, il sait pourquoi il est là, il sait pourquoi il travaille aussi à l'hôpital parce que ça lui demande des efforts de travailler, donc il faut qu'il sache aussi un peu quel est le but</p> <p>Dans l'accompagnement, l'impact c'est l'engagement, c'est le sens que les soins peuvent avoir aussi pour lui, c'est ce qui va encourager sa participation, sa volition, ça va être le carburant on va dire</p>
<p><b>Le relationnel avec les patients</b></p>	<p>Concernant les objectifs principaux, on va être sûr de la re-narcissisation, on part vraiment sur l'aspect reprendre confiance en soi, être capable d'être aussi bienveillant envers soi-même, envers les autres, faire confiance bah déjà dans un premier temps en soi-même et puis aux autres aussi, toujours pareil, être à l'écoute de soi, être en capacité de s'exprimer</p>

	<p>Quand un patient m'expose des actes ou des idées suicidaires lors de mes interventions, en général, je l'écoute de façon active c'est-à-dire que je récupère ce qui a été dit, c'est-à-dire je montre que j'écoute, que je peux avoir de l'empathie aussi par rapport à ce qu'il vit, en précisant bien que moi je ne vis pas cette situation-là mais que je peux entendre qu'il soit en souffrance, ouais c'est vraiment de l'accompagnement de la souffrance en fait finalement. Après si la personne est en capacité de livrer des éléments tels que ceci c'est qu'il fait confiance donc c'est important aussi de maintenir cette confiance là et de bien préciser à la personne que on va être obligé d'en parler aussi aux médecins et à l'équipe, c'est important de pouvoir le verbaliser ça.</p> <p>Pour ma posture idéale, je dirais déjà, ouvert, accessible, euh à l'écoute, centré sur la personne, être en capacité d'être observateur notamment sur chaque changement dès qu'il y a des changements, être en capacité aussi de jouer un petit peu le miroir, c'est à dire renvoyer ce que j'observe pour qu'il puisse me parler de lui, que on soit vraiment centré sur lui et pas sur autre chose. Donc ça, ça implique que physiquement bah on est aussi ouais disponible, le regard aussi porté sur la personne, tourné vers elle, on montre notre engagement aussi psychiquement, c'est-à-dire que on est voilà on est disponible pour elle</p> <p>Avec un minimum de confidentialité, un espace sécurisant, un espace qui peut voilà peut-être avec un peu de bien-être on va dire, essayer d'être sur quelque chose d'apaisant</p>
<p><b>La privation occupationnelle</b></p>	<p>La privation occupationnelle, pour moi, c'est le fait de pas avoir accès à des occupations, des activités bah significantes notamment pour la personne, en lien avec un espace physique qui ne nous permet pas de les réaliser ou pas que physique d'ailleurs, mais juste qu'on ne peut pas réaliser cette activité, du fait de quelque chose d'externe</p> <p>Oui, je pense que ce concept existe auprès de ces patients, du fait de la structure, en effet on est sur des structures qui sont très rigides dans leur fonctionnement mais parce que c'est le protocole qui est instauré de cette façon-là pour des raisons de sécurité et forcément ça a un impact aussi sur leur autonomie. En tout cas, ils ont toujours la capacité de décider mais ils n'ont pas la capacité de réaliser les choses donc ça, ça va forcément avoir un impact sur la réalisation de l'activité.</p> <p>Ce qui a été mis en place pour y remédier ? Eh bien, c'est faire en sorte que malgré la symptomatologie, parfois la dangerosité, on peut aménager des endroits, des espaces, de telle sorte que la personne puisse faire des activités significantes pour elle, à l'hôpital</p> <p>On a des moyens financiers déjà pour acheter pas mal de choses et donc du coup on a une variété de médiations, ici, qui permet quand même de toucher un panel d'activités très très larges et quand on n'a pas les choses, on a les moyens de les acheter en général</p> <p>En général, on tente toujours de trouver des solutions, après faut que ce soit raisonnable mais c'est souvent envisageable</p> <p>Les impacts de la privation occupationnelle chez ces patients, c'est Ben le refus de soins enfin, le fait de pas s'engager dans ses soins, si on n'est pas à l'écoute de ses demandes, il y a peu de chances que la personne soit aussi à l'écoute de ce qu'on va lui dire et donc du coup aussi de tout type de prise en charge que ce soit voilà nous en ergothérapie, mais ça risque aussi d'avoir un impact sur la prise des traitements, sur les soins en général</p> <p>Il y a peu de chances qu'il soit participatif et investi dans les activités que nous, on leur demande de faire parce que on estime qu'il y a un sens thérapeutique</p>



### Annexe IX : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°3

<b>Thématiques</b>	<b>Morceaux d'entretien exprimés par l'ergothérapeute</b>
<b>L'ergothérapeute</b>	<p>J'ai commencé du coup en 2009 à l'UMD Henri Collin, donc c'est l'UMD qui en région parisienne donc en tant qu'ergothérapeute bien sûr, j'ai été 10 ans là-bas. Et puis je suis venue après au Rouvray, ici, donc en réhabilitation psychosociale depuis 2019 J'ai fait un stage d'un mois en milieu carcéral à la maison de la santé</p>
<b>La population accompagnée</b>	<p>Alors en âge c'était plus des personnes d'une bonne trentaine, 30 ou 40 ans voilà, enfin des personnes qui avaient une expérience avant, professionnelle</p> <p>Et au niveau du coup des motifs d'incarcération là c'est un peu plus lointain, mais de toute façon, tous, c'était pour du coup du médico-légal forcément. Certains pour des choses effectivement graves hein, des raisons d'homicide avec effectivement tout ce qu'on travaille avec l'équipe soignante, mais quand il y a des prises de conscience du coup sur le retour du coup du passage à l'acte, justement c'est le moment pour nous de travailler dessus, quand il y a un effondrement « y a de la matière » comme on dit souvent, pour pouvoir travailler avec eux, les accompagner dans cette prise de recul</p> <p>Alors moi ceux que j'ai vu à l'UMD rapidement, là ils étaient donc en détention et les conditions de la détention faisaient que ça devenait incompatible avec la poursuite des soins, puis souvent ils n'étaient pas dans le consentement des soins et comme en détention on ne peut pas imposer les soins</p> <p>Je dirais qu'avant ils ont été en incarcération une petite année à peine et rapidement ça devenait incompatible avec les conditions, la symptomatologie euh étant aussi présente, avec des fois bah un risque suicidaire important, s'ajoutant à des troubles psychiatriques et Ben il y avait un besoin comme ça de protéger la personne, d'approfondir le soin et en plus avec toute la complexité où la personne n'était pas dans le consentement</p> <p>C'est là que pouvait arriver effectivement parfois les idées suicidaires ou l'impression que les projets seront inaccessibles et qu'il n'avait plus cette capacité, ce droit à la, disons, au projet, à la vie d'après quoi</p> <p>Les principaux centres d'intérêt, ça pouvait être la cuisine, les activités manuelles comme le cuir et le cartonnage car ce sont des activités très structurantes car il y a beaucoup d'étapes, il faut vraiment réfléchir avant à ton projet, tes mesures, comment tu vas t'organiser, et puis après on avance par étapes</p> <p>Ça permettait de retrouver une utilité sociale à travers la réalisation de ces objets-là et du coup sans que ce soit un engagement personnel, bah ils retrouvaient l'impression de, enfin pas l'impression, en fait il revivait la réalité que bah « je sers à quelque chose », « je suis utile et je suis capable de », et du coup ça a réémergé, des fois, l'envie de faire pour soi.</p> <p>Là où le risque suicidaire peut revenir, c'est quand tu reviens sur le secteur et que c'est lourd la réalité en fait, la vraie réalité du secteur, parce qu'à l'UMD, il y a des moyens, il y a plein d'activités, il y a plein de soignants, il y a de la contenance, on te remet ton traitement à plat, enfin tu ressors dans un état où finalement tu vas beaucoup mieux et pas trop mal.</p> <p>Alors là, c'était vu avec le médecin. Mais souvent nous on ne diminuait pas forcément la fréquence. Quand il y avait le risque suicidaire, on estimait que, on nous demandait juste d'être plus vigilants. Donc c'est vrai que j'avais plus l'œil sur mes placards, mes outils</p>

	<p>Donc je dirais une fréquence régulière. Nous, c'était plutôt des activités, alors le matin c'était 2h et l'après-midi des activités de 1h puis 1h. Mais ils ne venaient pas sur les 2 de suite, hein c'était l'une ou l'autre. Donc pour des débuts de prise en charge, où on les connaissait moins, on commençait plutôt par des séances d'1h l'après-midi, à raison de au moins 2 fois par semaine au début J'en voyais presque tous les jours à l'UMD mais à la maison d'arrêt, ils étaient un peu moins vus</p> <p>Au niveau du trouble du comportement suicidaire, Bah je dirais que ça dépendait des personnes. Mais ça pouvait être un petit peu à tout stade On adapte évidemment notre vigilance et un petit peu ce qu'on pouvait proposer dans des cas plus avancés où un risque suicidaire plus avéré, avec des idées de scénarios et tout ça, là pour le coup on avait des fois des adaptations de l'activité en expliquant aux patients hein. Mais du coup la contre-indication à l'outillage était posée, ça arrivait</p> <p>Alors à la maison d'arrêt, comme c'est des prévenus ou des détenus sur des petites peines, déjà tout s'accélère aussi, c'est des choses qui vont beaucoup plus vite On avait alors les patients assez rapidement en ergothérapie Donc rapidement, peu de temps après leur incarcération</p>
<p><b>Les interventions en ergothérapie</b></p>	<p>Je me débrouillais pour trouver soit un objet ou une matière ou en tout cas une médiation où le risque de la mise en échec était faible parce que je parlais du principe que quand on est dans un mouvement thymique comme ça très bas, si la personne peut retrouver du coup, la... qu'elle se ressente capable à nouveau et ressusciter de l'envie bah d'exister hein et puis de faire tant qu'à faire si l'objet peut aider et qu'on n'ait pas trop de mise en échec J'ai refait du rotin par exemple, de la vannerie, mais sauf qu'on l'adapte. Et en fait comme c'est toujours le même geste, du coup de venir entrecroiser autour des montants et voilà. Ce geste répétitif bah il est rassurant et du coup bah on avance au même rythme et cette réassurance, cette automatiser du geste Eh Ben elle vient comme ça un petit peu bercer, un petit peu apaiser Dès lors que ça suscitait pas non plus de rejet ou de dégoût, j'aimais bien utiliser le modelage, parce que du coup, là aussi encore une fois, c'est une activité pratique qui peut être utilisée sans outil, ou peu en tout cas, avec vraiment des techniques de modelage directement avec la main et du coup on pouvait vraiment retravailler sur le ressenti, des fois ça pouvait être juste ça, ou il y a un objet qui pouvait venir un petit peu se construire et puis tient, on découvre un petit peu des techniques et puis j'essaye ça et je retente J'ai fait du cartonnage aussi</p> <p>Moi j'avais plus pour principe déjà de bah qu'on reste dans quelque chose de, comment dire, de bienveillant, d'accueillant, qu'on leur redonne leur place aussi, même si elle est pas facile à reprendre, mais de pas faire pour, mais faire avec, de s'accorder aussi qu'il y ait des temps où on puisse juste se poser, d'avoir des moments comme ça où, si on avance moins aujourd'hui, bah c'est pas grave, ça peut être un espace aussi où on peut privilégier l'espace relationnel si c'est ça qui aujourd'hui vient. Il y avait toujours un peu un temps d'accueil, un temps de déroulement quelle que soit l'activité mais un temps de déroulement où on y est quoi, et un temps un peu de clôture. Et puis redonner aussi des rôles, des responsabilités</p>

Partir de l'envie aussi du patient, même si j'avoue assez dans ce cas de figure problématique, l'envie des fois n'est pas là mais au moins de montrer que nous on est disponible, c'est ça aussi qui est important, qu'on ait une disponibilité psychique pour eux, de pas penser à leur place

Le rendre acteur en fait de ses soins

Il faut imaginer que tout ça c'est très grand et il y avait cette autonomie dans cette grande pièce, dans ce grand atelier, où ça nous nécessitait un petit peu d'avoir effectivement l'œil, et surtout les oreilles, pour effectivement éventuellement être vigilant quoi.

Il y avait plus une vigilance au niveau de l'outillage

D'avoir effectivement un œil aussi, une vigilance, sur la gestion de l'activité, du matériel

Et puis pendant les temps de pause aussi, parce qu'on n'y pense pas, mais en face quand on a d'autres patients pour le coup qui sont plus dans des états d'excitation ou d'exaltation forts et que ça vient renvoyer à l'autre qui est dans un état inverse, bah ça peut venir faire émerger des espèces de conflits internes et on n'est pas loin des fois du passage à l'acte qui peut tourner derrière. Et du coup, c'est à nous d'être, je trouve, un petit peu modérateur à ces moments-là. Donc moi j'étais toujours présente dans les temps de pause, je trouve que c'est là qu'il faut faire attention aussi

Ben je trouvais que, pour certains, ça pouvait être bien de retrouver un peu un truc un petit peu plus intimiste, un peu plus pour se recentrer, donc ça pouvait être adapter l'environnement et puis prendre du coup un endroit de l'atelier ou une salle plus contenante ou qui dégage quelque chose donc voilà qui est plus adapté au cadre qu'on veut mettre

Ou alors de complètement casser le cadre habituel, c'est-à-dire qu'au lieu de reprendre l'objet, on sent que là, le patient est là, mais on sent que voilà cet élan il est plus là, et c'est de dire « bah écoutez, si vous en êtes d'accord, je vous propose aujourd'hui qu'on fasse complètement autre chose »

Du coup Ben c'était de dire que, oui là c'est possible, c'est aussi ça le cadre qu'on pose dans le soin. Pour moi, il doit être pensé et ferme oui mais pas rigide, on doit rester flexible hein quand même aussi dans ce qu'on peut accepter de ce que veut nous donner le patient, en fonction de son état, de ses envies ou de l'absence d'envie, Ben ça peut être aussi de venir reprendre les choses à contre-courant ou d'essayer autre chose

Comme je disais ça peut être aussi par l'absence de matériel

Oui, j'ai déjà utilisé des activités significatives lors de mes accompagnements avec certains patients. Comme le Monsieur que je parlais qui faisait le cartonnage et que ça lui rappelait du coup le plaisir, la rigueur, l'utilité qu'il avait dans son travail bah pour lui c'était significatif et ça faisait qu'on choisissait plutôt ce média qu'un autre. Bien que d'autres patients faisaient du cartonnage mais pas avec le même significatif derrière

Un autre patient qui avait encore contact avec sa famille, aux visites et une fois, alors on faisait du cuir à l'UMD, il nous avait demandé en fait s'il y avait la possibilité qu'il ramène un pouf enfin une mousse d'un pouf marocain, ou quelque chose comme ça, de son frère pour savoir s'il pouvait retravailler sur cet objet, donc là hyper significatif parce que du coup avec la charge affective de la famille, pour pouvoir du coup bah le réparer, le rénover enfin qu'on voit ensemble si c'était possible. Donc du coup j'en avais parlé en équipe, ça avait été accepté.

Donc du coup en objet signifiant je crois que c'est le plus signifiant qu'on a pu, je veux dire, aménager, tolérer où là vraiment pour lui c'était important et c'est vrai que bah ça redonnait de l'élan hein, de la motivation, du sens pour lui quoi.

On peut voir que le patient ait été valorisé car c'est des patients qui le verbalisaient au cours de la séance ou en fin de séance. Ça se voit aussi sur du non-verbal hein, sur une détente au niveau des traits du visage, dans l'attitude corporelle, une sensation de fierté et de satisfaction. Des fois, des patients qui étaient un peu émoussés, on retrouvait justement une manifestation un peu émotionnelle

L'intérêt, pour moi, d'utiliser des activités signifiantes et valorisantes, déjà le fait de mettre en situation le patient d'activité, il va redécouvrir ses capacités, les capacités qu'il a, son potentiel du coup moteur, relationnel, affectif, tout ce qui est volition aussi parce que la volition est plutôt un peu anesthésiée quand ils sont dans ces états cliniques là de risque suicidaire. Donc retrouver de la volition, de l'intérêt pour les choses et on vient un petit peu gommer comme ça, si on peut le dire comme ça, mais c'est les idées qui faisaient que la projection n'était plus possible et puis qu'ils avaient plus d'aspiration

Alors là pour les projets de vie, plus compliqué, en toute honnêteté, que ce soit en détention ou à l'UMD, ils sont tellement loin, entre guillemets, de la vraie vie là qu'on n'abordait presque jamais ces projets-là. On abordait beaucoup plus le retour sur le secteur et l'hôpital psychiatrique d'où il venait et ça c'était, enfin pour moi, beaucoup plus dans le futur proche, qui est beaucoup plus important à travailler. On était vraiment dans, je pense, voilà accueillir quelqu'un à un moment donné qui va très mal, pour redonner au secteur, un patient avec lequel ils vont pouvoir continuer à travailler.

Permettre au patient de savoir où il en était, de mieux comprendre aussi au niveau de ses symptômes, ce qu'il pouvait traverser et ce que ça venait vouloir dire aussi et pour que derrière il puisse continuer à travailler dessus et adapter ça avec ses projets et le secteur avec qui il allait retourner

Bah oui effectivement comme on ne l'abordait pas, je vais avoir du mal à parler de la manière dont le projet de vie était construit. Donc les projets plutôt orientés sur un retour dans le secteur de base, on va les construire ensemble avec le patient, et par exemple, j'ai monté un groupe de gestion des émotions, à l'époque, pour du coup les préparer à retrouver leur lieu d'origine, le secteur.

C'était donc plutôt des projets de vie à court terme, on l'abordait plutôt sur la fin de la prise en charge, je dirais de toute façon, quand il voyait l'expert et qu'il y avait la décision de sortie, derrière on avait un bon mois pour travailler la sortie donc voilà je dirais que, oui à peu près un mois on commençait à aborder vraiment ces choses-là

Le fait d'avoir un projet de vie ça provoque au patient un mélange d'émotions hein parce qu'à la fois, je dirais, pour la plupart, une satisfaction, une joie quand même d'un aboutissement que du coup ce passage se termine où ça va venir passer à autre chose et généralement quand on sort de la détention ou de l'UMD, c'est que soit on a fini sa peine et que voilà ou alors que on va mieux et que on est prêt à passer à autre chose. Donc ça dans un premier temps, mais rattrapé par beaucoup d'inquiétude, de peur, et ça pour le coup, ça prend une place importante

	<p>L'impact du projet de vie sur l'accompagnement, Bah il y avait tout le processus de séparation aussi qui était à prendre en compte. Mais sur l'accompagnement bah de toute façon on préparait la fin du suivi</p> <p>Mais pour certains ça c'était insupportable, on a des patients comme ça qui sont revenus très vite parce que du coup, tellement la contenance de l'UMD il y a que ça qui les rassurait, que l'extérieur était devenu anxiogène et du coup il y avait, pour certains, mais c'est triste à dire, mais il y avait plus d'autres lieux suffisamment contenant qui les rassuraient en fait.</p> <p>Mais pour les autres non, au contraire, ils préparaient plutôt ça avec nous, dans l'accompagnement on rencontrait les équipes de secteurs, il y avait une réunion inter-équipes, on appelait ça, entre notre équipe et l'équipe du patient où il allait retourner</p>
<p><b>Le relationnel avec les patients</b></p>	<p>Bah c'était de lui rappeler aussi par tout ce dont il est passé, il a traversé et puis du coup qu'il puisse effectivement se rappeler d'où il en est maintenant</p> <p>Parce que généralement, faut quand même avouer que si on travaille bien, on arrive quand même à des fois à faire de belles choses, le patient peut arriver quand même à passer cette passe de risque suicidaire et puis on revient sur quelque chose de beaucoup plus... qui est de bon pronostic et puis sur lequel on repart sur des bases qui on voit que l'avenir est possible quoi. Et du coup bah de lui rappeler ça, parfois de l'écrire, et puis de venir le partager lui aussi par la suite et puis de lui apprendre à reconnaître la survenue peut-être, parce que c'est important de se connaître donc si à nouveau il y a des coups durs dans la suite c'est, mais comme dans n'importe quel moment, là on parle du risque suicidaire mais ça pourrait être pour autre chose</p> <p>C'est d'être capable de se connaître, de reconnaître l'arrivée d'une phase dans laquelle je vais moins bien pour être en capacité tout de suite d'établir un petit peu un plan d'action, de ne pas rester tout seul et de pouvoir demander de l'aide, s'autoriser à le faire et pouvoir un petit peu lutter contre ça</p> <p>Généralement, si des idées suicidaires sont évoquées, je lui suggère toujours la possibilité de pouvoir, donc déjà faire une pause parce que généralement au moment où ça arrive on est en train de faire je ne sais quoi, un objet, un truc, et s'il souhaite, l'inviter à être disponible pour en parler ou bien je lui demande s'il a besoin de faire juste une pause avec du silence ou du vide ou est-ce qu'il préfère juste que je sois au courant, parce que de toute façon, si les mots sont prononcés, moi je les invite toujours, je lui dis « là, vous avez ressenti le besoin de me le dire et c'est pas rien, si c'est sorti, c'est qu'il y a une intention derrière », donc je lui demande toujours de m'aider à comprendre, pour que ce soit au clair sur son intention, de savoir un petit peu, « je vois que vous avez eu besoin de me le dire, c'est pas quelque chose d'anodin et je vous en remercie parce que c'est un courage aussi de pouvoir signifier quelque chose comme ça avec une heu il y a quand même heu, c'est fort dans les mots » et de pouvoir justement creuser comme je disais derrière : « est-ce que vous souhaitez du coup qu'on en parle, est ce que vous souhaitez que du coup que, ... » parce que ça aussi ils sont au courant que c'est quelque chose qu'on partage, parce que souvent on dit qu'il y a secret professionnel mais s'il y a bien un truc sur lequel, pour des raisons justement pour sa santé et qu'on se doit de partager, c'est bien le risque suicidaire je trouve. Donc généralement, je l'informe que c'est quelque chose de très important, je lui demande s'il en a déjà parlé, s'il a verbalisé à d'autres personnes, et auquel cas est-ce qu'il souhaite aussi que je l'aide à en parler ou qu'on le partage ensemble à son médecin enfin, on va venir en faire quelque chose de ce qui vient d'être dit.</p>

	<p>Je dirais une posture de renforcement positif, bienveillante, on pourrait dire oui, empathique, pour comprendre enfin, pour qu'il puisse entendre que on reçoit tout ça et qu'on peut entendre, on peut entendre ce qu'il vit et que c'est notre travail aussi enfin qu'il ne nous dérangera pas</p> <p>Une attitude de réassurance, de légitimité aussi parce qu'ils ont l'impression parfois, enfin moi je m'aide beaucoup des émotions, mais c'est souvent des fois reconnu comme être faible, « je suis faible », ou parfois « j'aurais envie de le faire, mais je suis trop faible, ou trop lâche pour le faire » donc il y a toute cette notion autour de « je vauds rien », de « qui je suis », et puis j'en passe hein, avec la culture y a aussi de « un homme ça pleure pas », « un homme ça doit être fort », enfin bref, tout ça on en parle avec les patients</p> <p>Et du coup de venir un petit peu casser les stéréotypes, venir légitimer ben ce qu'il est en train de vivre pour pouvoir l'accompagner à comprendre aussi d'où c'est venu</p>
<p><b>La privation occupationnelle</b></p>	<p>Alors au sens général, je dirais que la privation occupationnelle c'est quand une personne pour laquelle, comment dire, où il y aurait plus les opportunités, les opportunités sociales, les opportunités de loisirs, de rencontres, de création, ...</p> <p>Je pense que oui, elle doit exister du fait de plein de choses, comme on disait, ça peut être la symptomatologie tout simplement parce qu'une personne, par exemple, apragmatique elle va être dans une situation de privation occupationnelle. Si l'apragmatisme est fort, il y a l'incapacité comme ça à venir entreprendre et réaliser une action, dans des cas d'aboulie, si on met un niveau encore au-dessus, y a même plus l'envie non plus. Dans un cadre de risque suicidaire, s'en est un, c'est une forme du coup dans un état de thymie très basse, dans lequel il y a plus de projection et on est dans le désespoir avec un risque comme ça que la personne puisse mettre fin à ses jours, donc du coup ça aussi pour moi c'est un facteur on va dire un peu clinique qui va aller dans le sens, enfin qui peut du coup faire émerger une situation de privation occupationnelle</p> <p>Mais ça peut être aussi, je dirais, la situation, enfin l'institution, le cadre, l'hospitalisation qui s'éternise, ça peut être la prise de conscience du passage à l'acte</p> <p>Ça peut être des personnes aussi de l'entourage hein, j'ai eu des familles, dans des cas de familles toxiques où les proches avaient une telle exigence de leur enfant ou de ce qu'ils souhaitaient pour leur conjoint ou leur enfant que du coup ça venait annuler l'envie de vivre en fait. Parce qu'en fait, dans ces milieux-là, la question de la parentalité est quand même importante et ils sont privés de liberté oui, mais de leurs enfants aussi en fait, enfin de leur rôle de parentalité. Et du coup pour certains patients c'était un insupportable, enfin d'une souffrance terrible. Donc voilà, dans les facteurs ça se rajoute</p> <p>Pour remédier à cette privation occupationnelle, Bah la mise en place du coup de séances d'ergothérapie. Je faisais partie aussi du groupe de soutien aux familles parce que je pense qu'on peut agir comme ça aussi</p> <p>Quand c'est dit par des personnes du soin, neutres, objectives, enfin on essaye, bah du coup ça vient raisonner autrement chez les proches donc on joue sur le facteur quelque part.</p> <p>Les impacts de la privation occupationnelle, Bah, il ne va pas être bon déjà mais non je pense que, comment on pourrait dire, c'est alertant forcément parce que du coup c'est un petit peu comme si la personne elle se mettait en off quoi. Donc en fait tout est mis euh un peu en veille, je dirais, donc du coup tout son potentiel moteur, relationnel, cognitif, le risque c'est vraiment d'aller sur une évolution déficitaire, un repli sur soi, une majoration de l'état du risque suicidaire, enfin c'est très alertant</p> <p>Et puis qu'il y est le passage à l'acte hein, que vraiment hein on en a eu hein</p>

## Annexe X : Grille d'analyse verticale de l'entretien n°4

<b>Thématiques</b>	<b>Morceaux d'entretien exprimés par l'ergothérapeute</b>
<b>L'ergothérapeute</b>	<p>Je suis ergothérapeute, j'ai été diplômé en 2005, j'ai travaillé 6 ans au SMPR à la santé jusqu'à 2011 et après 2011 je suis parti à l'école des cadres et donc je suis cadre de santé depuis juin 2012. Ensuite, j'ai fait du secteur sur Sainte-Anne à Paris et je suis revenu sur Lyon, sur ma région d'origine, j'ai travaillé un an et demi sur l'unité de soins intensifs en psychiatrie. Et là maintenant, ça fait 6 ans que je suis sur l'UMD de Bron</p>
<b>La population accompagnée</b>	<p>La moyenne d'âge, on va dire, entre 20 et 40 pour la plupart. Heu les motifs d'incarcération c'était assez varié. J'ai quand même pas mal de souvenirs d'auteurs de violences sexuelles La plupart du temps, ce qui pouvait conduire à des idées suicidaires, bah c'est que, souvent, ils vivaient très mal l'incarcération</p> <p>Alors, moi j'étais en maison d'arrêt donc c'était normalement, maison d'arrêt, c'est moins de 2 ans pour certains, ouais on va dire de quelques mois à 3 ou 4 ans Les idées suicidaires pouvaient venir liées à la prise de conscience des délits ou des crimes qu'ils avaient commis et puis à l'incarcération qui était difficile à vivre</p> <p>Heu on va dire qu'une majorité des patients passaient par la case ergo en fait, peu importe les pathologies qu'ils avaient ou le motif d'incarcération. Souvent, on constatait que l'incarcération était quelque chose de difficile à vivre et qu'ils passaient tous à un moment donné par, en effet, des idéations suicidaires. Après c'est des patients, pour ceux que je voyais, c'était de une fois par semaine à 3 ou 4 fois</p> <p>Bah souvent j'accompagnais ces patients suicidaires quand ils énonçaient en fait des idées suicidaires donc on était plus dans les prémices J'ai peu de patients pour lesquelles il y a eu un passage à l'acte suicidaire. Mais par contre des fois bah ils pouvaient, en effet, on était parfois jusqu'à la construction d'un schéma avec déjà un quelque chose, un scénario qui était établi, donc on était sur un niveau d'urgence qui était déjà assez élevé Après en fait on continuait en fait la prise en charge. Les idées suicidaires faisaient qu'on pouvait intensifier les entretiens infirmiers, parfois les séances</p> <p>Il n'y avait pas vraiment de stade précis pour le moment de la détention Alors si le début de l'incarcération était un moment sensible. Après ça pouvait être aussi lié à l'avancée de leur affaire judiciaire. Je le vois encore maintenant pour les patients que je vois là à l'UMD, dès qu'il y a un moment judiciaire fort hein, le procès ou le moment où ils ont leur date de procès, enfin là, l'aspect judiciaire rentre en ligne de compte, du coup bah ça les renvoyait à une réalité. Ils étaient incarcérés, ils avaient leur date de procès, ils étaient condamnés, fin voilà c'est ça qui souvent amenait à des situations un peu complexes quoi</p>

**Les interventions  
en ergothérapie**

Pour certains, c'était voilà avoir accès à la parole qui facilitait un peu les choses. D'autres, c'était justement de les mettre en activité qui leur permettait de penser à autre chose, en tout cas de l'appréhender différemment. Donc, je ne changeais pas forcément en fait la médiation que je pouvais utiliser pour ça, sur tout  
Alors comme activité, j'avais un groupe cuisine, un atelier musique, groupe de parole et puis après différents types de médiations artistiques

Critère d'attention : La participation du patient. J'ai des patients pour lesquels il a fallu 2 ou 3 ans pour qu'ils passent juste, en fait, devant la salle d'activité

Ça passait quand même beaucoup par l'informel. C'est-à-dire que les temps où ils pouvaient passer devant mon bureau, venir dire « Bonjour », et cetera ça permettait de, voilà, nouer un lien. Mais en fait le lien en détention il peut être très long

Ah ! Heu non (pour les critères d'attention du matériel)

Heu, je vais être très honnête, j'utilisais des cutters, des outils, voilà qui pouvaient être dangereux. Le point d'attention en fait c'est de vérifier que le matériel ne disparaisse pas surtout. Mais sinon non, je n'ai pas vraiment ... Même encore maintenant en fait ce n'est pas proposer des outils qui peuvent être dangereux en fait qui est problématique, c'est de pas savoir ce qu'on en fait

Heu l'environnement, nan, c'est peut-être moi qui prenais des risques mais non. En plus, je faisais les activités la plupart du temps seul

En revanche, on le faisait dans un cadre qui était quand même sécurisé, parce qu'on avait quand même les surveillants pénitentiaires qui n'étaient pas très loin

C'est le travail d'équipe qui nous permettait d'accompagner au mieux et puis après il y avait une vigilance particulière hein des surveillants

Après, faut savoir qu'en détention, ils ont accès à beaucoup de choses et surtout que en fait ils peuvent faire une arme avec n'importe quoi

Le risque, il est pour eux mais il est aussi pour les autres

Donc en fait quand c'est vraiment scénarisé et qu'ils veulent aller jusqu'au bout, ils ont largement ce qu'il faut pour. Ils sont très inventifs en détention pour ça.

Ouais j'utilisais des activités signifiantes, j'essayais de, alors dans la mesure du possible, j'ai essayé d'utiliser quelque chose qui pouvait leur parler. Avant même qu'on commence, voilà, je leur demandais ce qu'ils aimaient, ce qu'ils faisaient comme loisirs, voilà. S'il y a des choses qu'on pouvait reproduire, heu oui

J'essayais de faire en sorte d'utiliser des médiateurs qui pouvaient surtout les accrocher

Voilà, il y a la base où ils se disent « bah tiens je vais venir en activité, je n'y vois pas d'intérêt mais au moins je vais pouvoir construire un truc pour ma cellule », Bah pourquoi pas. Et après, en effet, je trouve que c'est notre boulot après de pouvoir transformer cette demande pour en faire quelque chose de thérapeutique. Donc en fait la médiation en soi, moi, j'en proposais quelques-unes mais s'ils avaient d'autres idées, il n'y a pas de problème

C'était valorisant pour eux parce que c'est quelque chose qu'ils pouvaient faire à l'extérieur. Donc ça lui permettait bah de montrer qu'il avait encore des capacités et puis de garder parfois un petit lien avec l'extérieur



	<p>Ou faire quelque chose qu'ils avaient déjà l'habitude de faire et de pouvoir, si on pouvait demander des autorisations, pour qu'il donne un objet</p> <p>Ça leur permettait de garder un lien puis de garder leur rôle social.</p> <p>Ça a permis voilà de nouer un lien comme ça, de continuer une activité qu'ils connaissaient bien</p> <p>Pour eux c'était une accroche qui existait déjà avec l'extérieur</p> <p>C'est le fait qu'il y avait un lien entre la prison et l'extérieur qui a pu être valorisant pour eux</p> <p>Bah pour moi, utiliser des activités signifiantes et valorisantes pour l'accompagnement, c'est toujours permettre d'établir un lien de confiance plus vite</p> <p>Alors après ils trouvaient, en détention, ils trouvaient rapidement un bénéfice secondaire à venir à une activité thérapeutique. Pour eux, ils venaient s'occuper, après c'était à nous de transformer ça en autre chose</p> <p>Alors, le projet de vie, quand on travaille en maison d'arrêt et que pour la plupart ils vont être mutés dans un autre établissement pénitentiaire pour purger une peine de plusieurs années, heu non</p> <p>Ah Ben là non c'est compliqué. Le projet de vie c'est comment arriver à supporter la détention</p> <p>En fait je ne pense pas qu'on puisse parler de projet de vie là c'est un peu compliqué</p> <p>On ne peut pas parler de la vie à l'extérieur, on ne fait pas de lien avec l'extérieur en fait</p> <p>Vu qu'ils étaient en maison d'arrêt de toute façon ils avaient vocation ... c'était très très rare qui y en ait qui sortent directement. C'est arrivé parfois mais la plupart du temps ils sont mutés dans un autre établissement pénitentiaire. Et, en plus, c'était un peu compliqué de le prévoir parce qu'en fait on ne savait jamais quand ils allaient être transférés</p> <p>Et ils ne le savent pas pour des mesures de sécurité. Donc bah souvent en fait mettre un terme à une prise en charge était très compliquée voire ça n'arrivait quasiment jamais parce qu'en fait on revenait de congé puis ils avaient été transférés pendant qu'on est en congé</p> <p>On ne peut pas mettre un terme, se dire « au revoir », c'est assez rare</p> <p>Le projet de vie, pour moi, c'est vraiment quand on arrive à faire un lien avec l'extérieur</p> <p>Là, quand ils ont plusieurs années à faire en détention, je ne vous cache pas que c'est vraiment plus compliqué quoi</p> <p>Et en fait, moi, ce qui était plus frustrant en détention, c'est que quand ils sont transférés, en fait on ne pouvait même pas mettre..., on ne parle même pas de projet de vie, on peut même pas mettre un terme à la prise en charge. Déjà, ne serait-ce que d'arriver à se dire « au revoir » parfois c'était compliqué. On ne pouvait pas le faire donc heu</p>
<p><b>Le relationnel avec les patients</b></p>	<p>Objectifs de l'accompagnement : La revalorisation de soi, favoriser l'échange oral dans la mesure du possible. Voilà, c'est déjà pas mal si on arrive à faire ça</p> <p>Si idées ou actes suicidaires pendant l'intervention :</p> <p>Je le signalais aux infirmiers si c'était quelqu'un qui était amené à venir plusieurs fois en entretien avec les infirmiers et à son médecin psychiatre</p>

	<p>Du coup on n'a pas vraiment de marge de manœuvre, hein on va pas réduire leur peine. A part les invités à en parler, ce qu'ils ont fait et ce qui est très bien, peut être parfois proposer d'intensifier un peu plus la prise en charge, de le faire revenir plus souvent dans le service. Bah essayer d'être plus à l'écoute</p> <p>Après la question c'est de voilà d'essayer de savoir s'il y a un scénario particulier, s'il y a un événement particulier, essayer de comprendre le contexte. Bon pour la plupart du temps c'était le lien avec l'extérieur et le fait d'être incarcéré donc</p> <p>C'est quand il y a des patients comme ça, c'était demander à ce qu'ils soient admis au SMPR, parce que ce n'était pas forcément des patients qui étaient hébergés au SMPR, qui pouvaient amener ces idées-là. La première étape parfois était de les faire admettre dans le service pour qu'ils soient plus proches de nous et que du coup on les voit au quotidien</p> <p>La 2<sup>ème</sup> étape, après si vraiment il y avait des idéations suicidaires majeures, bah après c'est le médecin qui demandait l'hospitalisation. Bon après voilà, maintenant entre-temps, moi je vous parle d'une époque où les UHSA n'existaient pas donc c'était un peu différent</p>
<p><b>La privation occupationnelle</b></p>	<p>Non, je ne connais pas le concept de privation occupationnelle</p> <p>Heu oui je pense que ça existait chez certains patients, pas tous, mais oui certains je pense, en effet, étaient dans cet état. Je pense à un patient en particulier oui. Oui je pense que c'était le cas</p> <p>Heu je n'en sais absolument rien. Heu un patient, lui pour le coup les idéations suicidaires étaient principalement liées à sa position de détenu, le lien qu'il n'avait plus avec sa famille, et puis le procès qui approchait</p> <p>Essentiellement avec un sentiment d'injustice</p> <p>Heu, on va dire un événement qui quand la famille, en effet, rompait le contact, qu'il n'y ait plus de visites. C'est ce qui pouvait les amener dans cet état-là. Ouais, c'était essentiellement le lien avec l'extérieur en fait : plus de visite, ou une femme qui décide de ne plus venir, de ne plus donner nouvelles, de partir, de voilà</p> <p>Heu oui, c'est ça qui limiterait les actes de la vie quotidienne, avec un état dépressif profond</p> <p>Pour remédier à la privation occupationnelle : Et Ben à part les solliciter quotidiennement et aller à leur rencontre, heu oui. Après en leur laissant possibilité de venir sans ne rien faire, adapter un peu la prise en charge</p> <p>En fait souvent, moi, quand c'était ça, j'allais les voir directement en cellule pour essayer de les solliciter</p> <p>Les impacts :</p> <p>L'incurie principalement, après ils n'ont pas forcément besoin de se faire à manger, donc ce n'est pas le problème, un isolement social parce que du coup ils ne sortaient même plus en promenade, ils sortent déjà pas beaucoup quand ils sont en détention</p>

## Annexe XI : Grille d'analyse horizontale des 4 entretiens avec les ergothérapeutes

Thèmes	Réponses des ergothérapeutes	Analyse
<b>L'ergothérapeute</b>	<p><b><u>E1 :</u></b> A travaillé en SMPR pendant 8 mois puis est en USMP depuis 3 mois</p> <p><b><u>E2 :</u></b> A fait diverses structures en santé mentale en intra et en extra hospitalier Est en UMD hommes adultes depuis 3 ans</p> <p><b><u>E3 :</u></b> A travaillé en UMD pendant 10ans A fait un stage d'un mois en maison d'arrêt</p> <p><b><u>E4 :</u></b> A travaillé pendant 6 ans en SMPR Est maintenant cadre d'une UMD depuis 11 ans</p>	<p>Ils ont tous travaillé en tant qu'ergothérapeute auprès de patients détenus présentant un trouble du comportement suicidaire</p> <p>Mais le nombre d'année d'expérience diffère</p>
<b>La population accompagnée</b>	<p><b><u>E1 :</u></b> Troubles de l'adaptation Les chocs suicidaires donc les arrivants et les sortants de prison « J'accompagne tous les détenus » « Principalement pour moi en ergothérapie, ce sont les détenus qui présentent une psychose » Moyenne d'âge de 35 ans « La plupart ont déjà réalisé une tentative de suicide en prison car ils sont en état limite carcéral » « Les centres d'intérêt des patients, ça va être les besoins primaires » « Pas de stade précis au niveau du trouble du comportement suicidaire pour effectuer l'accompagnement en ergo. En général, hors crise » « C'est sans cesse un besoin fluctuant » « Au niveau du stade de la détention, bah à l'arrivée » « A l'arrivée ou au cours de toute la détention si c'est chronique »</p>	<p>Tous les ergothérapeutes ont accompagné des détenus présentant un risque suicidaire. Ces patients étaient, en moyenne, âgés de 35 ans environ Les centres d'intérêts des patients divergent d'un ergothérapeute à un autre Les patients sont pris en charge au début de l'incarcération pour la plupart</p>

**E2 :**

Des patients d'environ 40 ans

« On peut avoir des gens qui arrivent qui n'ont pas d'idées suicidaires initialement et qui vont par la suite en développer ou inversement »

Plutôt sur un début de séjour en détention

« Au niveau du trouble du comportement suicidaire, Ben ça peut déjà être avant même qu'il le développe, parce que bon l'indication thérapeutique en ergothérapie peut ne pas être forcément liée à l'idée suicidaire »

« Après justement quand ça se développe, nous on y prête une attention bien particulière, forcément »

Accompagne tout au long du trouble du comportement suicidaire mais adapte sa prise en soins au fur et à mesure

« On va intervenir auprès du détenu dès l'apparition des troubles »

« Il n'y a pas de stade précis, souvent c'est que la détention se passe mal »

**E3 :**

Patients d'environ 35ans, ayant une expérience professionnelle avant

Les accompagne dès lors qu'il y a une prise de conscience du passage à l'acte

Souvent c'est quand la détention se passe mal ou que « les conditions de la détention faisaient que ça devenait incompatible avec la poursuite des soins »

« Je dirais qu'avant ils ont été en incarcération une petite année à peine et rapidement ça devenait incompatible avec les conditions, la symptomatologie euh étant aussi présente, avec des fois bah un risque suicidaire important, s'ajoutant à des troubles psychiatriques et Ben il y avait un besoin comme ça de protéger la personne, d'approfondir le soin et en plus avec toute la complexité où la personne n'était pas dans le consentement »

Principaux centres d'intérêts : cuisine et activités manuelles car très structurant

→ permet de retrouver une utilité sociale à travers la réalisation d'objets

Fréquence régulière des accompagnements mais pas diminuée si risque suicidaire présent → vigilance +++ avec adaptations possibles de l'activité et parfois contre-indication à l'outillage

Du fait que ce soit en maison d'arrêt, les détenus étaient rapidement vus en ergothérapie

	<p><b><u>E4 :</u></b>  Moyenne d'âge des patients entre 20 et 40 ans  « La plupart du temps, ce qui pouvait conduire à des idées suicidaires, bah c'est que, souvent, ils vivaient très mal l'incarcération »  Accompagnement des détenus en maison d'arrêt depuis quelques mois à 3 ou 4 ans  « Les idées suicidaires pouvaient venir liées à la prise de conscience des délits ou des crimes qu'ils avaient commis et puis à l'incarcération qui était difficile à vivre »  « On va dire qu'une majorité des patients passaient par la case ergo en fait, peu importe les pathologies qu'ils avaient ou le motif d'incarcération »</p>	
<p><b>Les interventions en ergothérapie</b></p>	<p><b><u>E1 :</u></b>  Q6. Activités proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation d'un bracelet → projection dans un avenir proche</li> <li>• Jardin thérapeutique → mise en mouvement, relation au vivant, temporalité aussi. Je travaille sur la mémoire, je leur demandais de se projeter au moins sur la séance, que chacun trouve un rôle. On travaille sur la temporalité et se projeter dans le temps</li> <li>• Musique → réanimation psychique, permettre d'avoir un effet sur l'environnement, un rapport au monde, satisfaction immédiate, rapport à la réalité</li> </ul> <p>Q7. Les critères d'attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Pour les médiations en groupe, il faut clairement faire attention au profil »</li> <li>• « Il faut faire attention à ne pas leur en demander trop »</li> <li>• « Faire attention aussi au phénomène d'impuissance apprise : des gens qui ont peu confiance en leur capacité »</li> <li>• « Bien commencer par le début puis faire grandir petit à petit les demandes, c'est plus valorisant »</li> <li>• « Veiller à ce que tout le monde ait bien un rôle dans les groupes »</li> <li>• « Ne pas les laisser à côté et ne pas les laisser en situation d'impuissance et d'échec »</li> <li>• « Faire en sorte qu'ils puissent se projeter d'une séance à l'autre aussi »</li> <li>• « Redonner des objectifs »</li> <li>• « Etablir un lien avec le thérapeute »</li> </ul>	<p><b><u>Les médiations auprès des patients détenus présentant un risque suicidaire</u></b></p> <p>Q6.  Tous proposaient des ateliers d'art, d'artisanat d'une manière générale, avec différents objectifs derrière, mais en plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 : musique, jardin thérapeutique</li> <li>• E4 : musique, cuisine, groupe de parole</li> </ul> <p>Mais E2, pas de précision → médiations avec interactions et cadre bienveillant, avec renforçateurs positifs → E4 rejoint cet avis « « Pour certains, c'était d'avoir accès à la parole qui facilitait un peu les choses »</p> <p>E4 → ne change pas l'activité du fait qu'un risque suicidaire est présent</p> <p>E1, divers objectifs au travers des différentes médiations : projection, mise en mouvement, relation au vivant, temporalité, mémoire, avoir un rôle, réanimation psychique, avoir un effet sur l'environnement, rapport à la réalité</p> <p>E3 : « Je me débrouillais pour trouver soit un objet ou une matière ou en tout cas une médiation où le risque de la mise en échec était faible » + utilisation de la</p>

<p>Q8. Adaptations pour un environnement sécurisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « En général, le cadre est suffisant pour permettre un environnement sécurisant »</li> <li>• « Ils ne sont pas obligés d'agir, qu'ils peuvent simplement être là, que s'il y a une problématique particulière ils peuvent m'en parler »</li> <li>• « Le respect en général est important aussi »</li> <li>• « Je rappelle toujours que les outils ne sont que des outils et que je veille à ce qu'ils soient tous là, qu'ils ne soient pas empruntés »</li> <li>• « En fait c'est vraiment une présence au sein du groupe pour moi qui sécurise et le fait de bien rester attentif à tout ce qui se passe »</li> <li>• « Pas de mise en échec »</li> </ul> <p>Q9. Les activités significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « J'essaie toujours de maximiser l'utilisation d'activités significatives, que ça ait du sens pour eux ou du sens pour la communauté on va dire, d'où l'utilisation de médias qui parlent un petit peu à tous »</li> </ul> <p>Q10. Activités valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « On va le voir au niveau des mimiques »</li> <li>• « Quelqu'un qui est vraiment investi dans ce qu'il fait »</li> <li>• « On va le voir au niveau du regard, comment il va venir nous chercher et s'il va essayer de nous montrer des choses, s'il va le mettre en avant »</li> <li>• « S'il va démontrer une certaine fierté »</li> <li>• « S'il va susciter de l'intérêt aussi chez les autres, si ça va lui donner un rôle justement vis-à-vis du groupe, si les autres vont s'en inspirer »</li> <li>• « Son rapport à l'activité, à la tâche »</li> </ul> <p>Q.11 Intérêts des activités significatives et valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les renarcissiser »</li> <li>• « Donner un rôle »</li> <li>• « Avoir un sens à la fois à leur vie »</li> <li>• « Passer leur incarcération sans qu'il y ait trop de troubles à la sortie »</li> <li>• « Voilà de limiter les effets néfastes sur leur santé psychique de l'incarcération »</li> <li>• Créer une dynamique de groupe permettant aux nouveaux patients de s'inclure dans l'environnement</li> </ul> <p>Q12. Le moment de la construction du projet de vie :</p>	<p>vannerie car le geste répétitif « vient comme ça un petit peu bercer, un petit peu apaiser » + poterie car peut être utilisée sans outil donc « on pouvait vraiment retravailler sur le ressenti » au niveau tactile avec la main</p> <p>E4 : pour certains patients l'activité ergothérapeutique permettait de penser à autre chose</p> <p>Q7. Pour E1 et E2, lors des médiations de groupe, être attentif aux profils des patients → « Faire en sorte que les personnes avec qui la personne se retrouve sont des personnes avec qui il a des centres d'intérêt, ou en tout cas qui vont avoir une bonne entente », « pour encourager cette relation de confiance et un cadre sécurisé » (E2)</p> <p>Notion de rôle aussi importante pour E1 et E3 : « veiller à ce que tout le monde ait bien un rôle dans les groupes » (E1), « ne pas faire pour mais faire avec » (E3)</p> <p>E1 et E2 se rejoignent sur le fait d'« établir un lien avec le thérapeute » (E1) et de « commencer à initier une relation de confiance avec la personne » (E2)</p> <p>E2 et E3 se rejoignent sur la notion de cadre : « sécurisant » (E2), « bienveillant et accueillant » (E3) « permettant l'expression du patient » (E2)</p> <p>Ces 2 ergothérapeutes se rejoignent aussi la posture qu'ils doivent avoir devant ces patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 → se centre sur lui-même et sur la manière dont la médiation est menée</li> <li>• E3 → doit se montrer disponible psychiquement, ne pas penser à leur place</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « J'essaie de l'évoquer quand c'est moi qui fais les entretiens initiaux »</li> <li>• « Après sur les personnes qui sont complètement déprimées et qui ne voient pas à une temporalité de plus d'une semaine, on évite quand même », « on va peut-être d'abord s'intéresser aux projets à court terme »</li> <li>• « En fait ça peut être évoqué à tout moment. Ça va vraiment dépendre du profil »</li> </ul> <p>Q13. La manière dont est construit le projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les projets de vie sont beaucoup construits avec le patient »</li> <li>• « Mais voir si ses souhaits et la réalité sont cohérents »</li> </ul> <p>Q15. Les principaux projets de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « On a souvent des personnes qui veulent retourner avec leur conjoint / conjointe »</li> <li>• « Ce seront principalement des projets de vie en lien avec le logement, le retour au domicile avec les proches, très peu de foyer, ... »</li> <li>• « Il y a des personnes avec qui le projet, on va travailler le strict minimum pour qu'ils puissent sortir déjà. Ça va les aider à tenir »</li> </ul> <p>Q.16 Ce qu'apporte le projet de vie au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Sur le moyen terme et long terme ça leur permet de se projeter et de vivre un petit peu mieux l'incarcération »</li> <li>• « Après en général, aux abords de la sortie ça provoque quand même des angoisses, ils ne se sentent plus forcément capables, ils doutent énormément »</li> </ul> <p>Q.17 L'impact du projet de vie sur l'accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Impacts positifs, au moins pendant l'incarcération »</li> <li>• « Ça leur permet aussi de se projeter dans l'avenir, d'être psychiquement occupé par certaines questions, certaines préoccupations et d'amener de petites choses en petites choses, jusqu'à arriver à la sortie »</li> <li>• « Ne pas ruminer sur le présent »</li> <li>• « Ça peut avoir un effet au niveau du lien où ils vont venir vouloir venir nous voir, vouloir nous raconter chacune des parties de leurs avancées avec l'assistante sociale »</li> </ul> <p><b>E2 :</b></p>	<p>E4 → le plus important c'est la participation du patient Et E3 le rejoint en exprimant qu'il faut « partir de l'envie du patient »</p> <p>E1 ajoute en critères d'attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas trop en demander au patient</li> <li>• Être attentif à l'impuissance apprise (personnes ayant peu de confiance en leurs capacités)</li> <li>• Débuter par des petites demandes et augmenter ces demandes au fur et à mesure</li> <li>• « Ne pas les laisser de côté et ne pas les laisser en situation d'impuissance et d'échec »</li> <li>• Projection d'une séance à l'autre en redonnant des objectifs</li> </ul> <p>E3 ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre des temps de pause pour privilégier l'espace relationnel</li> <li>• Déroulé de la médiation → accueil, activité, clôture</li> </ul> <p>E2, E3 et E4 → ont parlé de l'utilisation des outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 et E3 sont du même avis</li> <li>• Importance de garder une vigilance et d'être attentif aux outils confiés au patient</li> <li>• Être vigilant sur le fait d'avoir bien récupérer tous les outils après l'activité : « Dès qu'on sort un outil, on compte, on vérifie qu'il est là et qu'il est bien là quand on a fini l'activité » (E2)</li> <li>• D'une manière générale, être attentif à la gestion de l'activité et à ce qui s'y passe</li> </ul>
--	--	---

	<p>Q6. Activités proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Dans un premier temps, on vise plus les médiations où il va y avoir des interactions dans un cadre très bienveillant »</li> <li>• « On va vraiment être sur quelque chose avec des renforçateurs positifs, où on peut laisser la capacité de s'exprimer aussi, que la personne puisse vraiment parler en sécurité »</li> </ul> <p>Q7. Les critères d'attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Le cadre est important »</li> <li>• « Faire en sorte qu'on soit sur quelque chose qui soit suffisamment sécurisant pour permettre justement l'expression de quoi que ce soit et commencer à initier une relation de confiance avec la personne »</li> <li>• « Je vais vraiment me centrer sur moi aussi, ma façon d'intervenir auprès de lui »</li> <li>• « On va être attentif à l'environnement dans lequel la personne va évoluer, les outils qu'on va lui confier, si on veut lui confier, et peut-être même des fois ne pas du tout lui confier d'outils, c'est même idéal au début, forcément »</li> <li>• « Être attentif à ce que si on a confié quelque chose qu'on le récupère bien à la fin, pour des règles de sécurité »</li> <li>• « Dès qu'on sort un outil, on compte, on vérifie qu'il est là et qu'il est bien là quand on a fini l'activité »</li> <li>• « On est attentif à tout ce qui se passe dans la pièce »</li> <li>• « Se trouver à proximité d'un collègue, en tout cas pour pouvoir en cas de pépin alerter rapidement »</li> </ul> <p>Q8. Adaptations pour un environnement sécurisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Faire en sorte que les personnes avec qui la personne se retrouve sont des personnes avec qui il a des centres d'intérêt, ou en tout cas qui vont avoir une bonne entente », « pour encourager cette relation de confiance et un cadre sécurisé »</li> <li>• « On va être attentif à nous, à notre formulation, être à l'écoute, en fait vraiment adopter une posture d'écoute active auprès de la personne »</li> </ul> <p>Q9. Les activités significantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Oui j'utilise forcément des activités significantes pour les patients lors de mes accompagnements pour permettre un engagement aussi de la personne »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 estime aussi que « peut-être même des fois ne pas du tout lui confier d'outils, c'est même idéal au début, forcément »</li> <li>• E4 n'était pas du même avis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utilisation d'outils pouvant être dangereux</li> <li>○ Mais reste vigilant au fait que tout le matériel soit restitué à la fin de l'activité</li> <li>○ « Ce n'est pas de proposer des outils qui peuvent être dangereux qui est problématique, c'est de pas savoir ce qu'on en fait » (E4)</li> </ul> </li> </ul> <p>Q8.</p> <p>Pour E1, E3, E4 → le cadre permettra d'instaurer un environnement sécurisant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour E1 : pose le cadre en l'exprimant aux patients (non-obligation d'agir durant la séance, importance du respect, il a une vigilance particulière sur les outils)</li> <li>• Pour E3 : peut proposer un cadre permettant une contenance du patient si c'est nécessaire OU au contraire, « complètement casser le cadre habituel » en ne prenant pas l'objet habituel, par exemple + pour elle « le cadre doit être pensé et ferme mais pas rigide »</li> <li>• Pour E4 : le cadre était sécurisé du fait qu'il y avait des surveillants pénitentiaires à proximité car E4 explique faire les activités la plupart du temps seul</li> </ul> <p>E1 et E2 se rejoignent sur l'importance de leur présence en tant que thérapeute, de leur attitude et de leurs phrases, c'est ce qui va aussi permettre un environnement sécurisant, tout en proposant une écoute active au patient, selon E2</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Pour que la personne puisse être actrice »</li> <li>• « Pour qu'elle s'investisse parce que forcément, si c'est signifiant, elle ne va pas y mettre la même chose</li> <li>• « Elle va peut-être aussi plus se livrer, projeter des éléments personnels dans cette médiation, faire du lien avec son vécu personnel »</li> <li>• « Ça sécurise pour elle parce qu'elle connaît cette activité, ça va souvent la valoriser parce que vu qu'elle la connaît, elle va peut-être être plus en réussite dans cette activité donc on vient renforcer positivement ses habiletés, son sentiment compétence »</li> </ul> <p>Q10. Activités valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « On perçoit que le patient s'est senti valorisé déjà par sa participation »</li> <li>• « Au niveau de l'engagement dans l'activité »</li> <li>• « On va le voir aussi sur le langage même non-verbal, la posture, les sourires, le regard qu'il porte aussi aux autres »</li> <li>• « On va le voir sur le langage verbal, est-ce qu'il échange, est ce que c'est centré sur lui, sur les autres »</li> </ul> <p>Q11. Intérêts des activités signifiantes et valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Permettre à la personne de s'engager déjà dans ses soins, d'être actrice de ses soins »</li> </ul> <p>Q12. Le moment de la construction du projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Le projet de vie est construit le plus tôt possible, dès que c'est possible, dès que la personne a la capacité de se projeter »</li> <li>• « Mais on ne va pas commencer par-là »</li> <li>• « Ça dépend du profil et des capacités du patient »</li> <li>• « Ça peut être le plus tôt possible dans le sens où dès que la personne a la capacité de prendre des décisions par elle-même, de se projeter dans l'avenir, d'organiser ses pensées de façon constructive, oui on peut, on peut y aller »</li> </ul> <p>Q13. La manière dont est construit le projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je ne construis pas le projet de vie, j'accompagne le patient dans sa construction »</li> <li>• « C'est d'abord la personne qui construit son projet de vie. Après on est un peu comme des indicateurs, en tout cas si on leur donne des indications sur leurs capacités, s'ils ne sont pas en capacité de les voir en</li> </ul>	<p>E1, ajoute qu'il évite la mise en échec</p> <p>E4 explique que le travail en équipe favorisait l'environnement sécurisant</p> <p><b><u>Les activités signifiantes et valorisantes</u></b></p> <p>Q9. Tous les ergothérapeutes utilisaient des activités signifiantes pour les patients lors de leurs accompagnements, MAIS pas pour les mêmes objectifs</p> <p>E1 : utilisait « des médias qui parlent un petit peu à tous »</p> <p>E2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour permettre un engagement du patient</li> <li>• Pour que la personne soit actrice</li> <li>• Pour qu'elle projette des éléments personnels de son vécu sur la médiation</li> <li>• Pour que la personne se sente en sécurité car elle connaît l'activité, « elle va peut-être être plus en réussite dans cette activité donc on vient renforcer positivement ses habiletés, son sentiment compétence »</li> </ul> <p>E2 et E3 se rejoignent sur le fait que cela motive le patient et que cela lui permet de s'investir dans cette médiation</p> <p>E3 : rappel du plaisir, de la rigueur et de l'utilité de la personne</p> <p>E4 : « Je trouve que c'est notre boulot après de pouvoir transformer cette demande pour en faire quelque chose de thérapeutique. Donc en fait la médiation en soi, moi, j'en proposais quelques-unes</p>
--	--	--

	<p>tout cas, mais on va surtout permettre de faire émerger la prise de conscience des capacités, des incapacités, s'il y en a, pour permettre aussi à la personne d'être au clair avec ses propres compétences et ensuite de prendre des décisions au mieux elle dans sa vie »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « On va l'aider à connaître ses forces, ses ressources, sur quoi il va pouvoir s'appuyer pour certains projets et puis quelles vont être les limites qu'il peut rencontrer et qui vont peut-être ne pas permettre certaines choses qu'il avait initialement prévues »</li> <li>• « On va vraiment être sur un exercice de réflexivité, que la personne soit en capacité de s'auto évaluer finalement pour ensuite se projeter dans des projets adaptés »</li> </ul> <p>Q.14 Temporalité du projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Plutôt à moyen ou long terme, j'aurais tendance à dire », « cela dépend de la symptomatologie principalement »</li> <li>• « Parce qu'il y a tout le travail de la relation de confiance, le travail, en général, d'acceptation aussi parfois des troubles, et puis nous aussi le temps de l'évaluer »</li> </ul> <p>Q.15. Les principaux projets de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les principaux projets de vie dépendent de chacun, mais d'une manière générale, c'est quand même de pouvoir sortir de l'UMD »</li> <li>• « La plupart du temps, c'est des projets de vie très calés sur la représentation sociale de ce qu'on peut imaginer comme un avenir idyllique, c'est-à-dire avoir une famille, avoir une maison, avoir des enfants »</li> <li>• « C'est un modèle culturel, enfin en fonction de la culture »</li> </ul> <p>Q.16 Ce qu'apporte le projet de vie au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est important de le faire le plus tôt possible, dès que c'est possible, parce que là la personne elle va au moins avoir un but, quelque chose qui va la stimuler aussi, ça va lui donner un sens global aussi à sa prise en charge »</li> <li>• « Le projet de vie du patient lui donne une voie, un objectif global, il sait pourquoi il est là, il sait pourquoi il travaille aussi à l'hôpital parce que ça lui demande des efforts de travailler, donc il faut qu'il sache aussi un peu quel est le but »</li> </ul> <p>Q.17 L'impact du projet de vie sur l'accompagnement :</p>	<p>mais s'ils avaient d'autres idées, il n'y a pas de problème »</p> <p>Q.10. E1, E2 et E3 perçoivent que le patient s'est senti valorisé au travers du langage non verbal (mimiques, regard, fierté et satisfaction, posture et attitude, sourire, détente des traits du visage) + « Des patients qui étaient un peu émoussés, on retrouvait justement une manifestation un peu émotionnelle » (E3) E1 et E2 se rejoignent aussi sur « le rapport du patient avec l'activité, la tâche » (E1) → investissement de la personne, participation de la personne dans l'activité, engagement dans l'activité E2 et E3 le perçoivent aussi dans le langage verbal du patient → verbalise sa valorisation, échange avec le groupe E1 explique aussi qu'il sera valorisé « S'il va susciter de l'intérêt aussi chez les autres, si ça va lui donner un rôle justement vis-à-vis du groupe, si les autres vont s'en inspirer » Pour E4, la valorisation était possible du fait que les patients pouvaient percevoir qu'ils avaient encore des capacités, « Ça leur permettait de garder un lien puis de garder leur rôle social », « C'est le fait qu'il y avait un lien entre la prison et l'extérieur qui a pu être valorisant pour eux »</p> <p>Q.11 Chaque ergothérapeute interrogé a un avis différent sur l'intérêt de l'utilisation des activités signifiantes et valorisantes dans leurs accompagnements Seuls E1 et E3 ont quelques points en commun :</p>
--	--	---

- « L'impact c'est l'engagement, c'est le sens que les soins peuvent avoir aussi pour lui, c'est ce qui va encourager sa participation, sa volition, ça va être le carburant on va dire »

### **E3 :**

#### Q6. Activités proposées :

- « Je me débrouillais pour trouver soit un objet ou une matière ou en tout cas une médiation où le risque de la mise en échec était faible »
- Vannerie adaptée → « Ce geste répétitif bah il est rassurant et du coup bah on avance au même rythme et cette réassurance, cette automatisation du geste Eh Ben elle vient comme ça un petit peu bercer, un petit peu apaiser »
- Poterie si pas de dégoût de la part du patient → « c'est une activité pratique qui peut être utilisée sans outil, ou peu en tout cas, avec vraiment des techniques de modelage directement avec la main et du coup on pouvait vraiment retravailler sur le ressenti »
- Cartonnage

#### Q7. Les critères d'attention :

- « Quelque chose de bienveillant, d'accueillant, qu'on leur redonne leur place aussi, même si elle n'est pas facile à reprendre, mais de pas faire pour, mais faire avec, de s'accorder aussi qu'il y ait des temps où on puisse juste se poser, ça peut être un espace aussi où on peut privilégier l'espace relationnel »
- Un temps d'accueil, un temps de déroulement de l'activité, un temps de clôture
- « Et puis redonner aussi des rôles, des responsabilités »
- « Partir de l'envie aussi du patient »
- « Montrer qu'on a une disponibilité psychique pour eux, de pas penser à leur place, le rendre acteur en fait de ses soins »
- « Il y avait plus une vigilance au niveau de l'outillage »
- « D'avoir un œil aussi, une vigilance, sur la gestion de l'activité, du matériel »

#### Q8. Adaptations pour un environnement sécurisant :

- « Je trouvais que, pour certains, ça pouvait être bien de retrouver un peu un truc un petit peu plus intimiste, un peu plus pour se recentrer, donc ça

- La re-narcissisation pour permettre au patient de « redécouvrir ses capacités, son potentiel moteur, relationnel, affectif » (E3)
- Redonner un sens à ce qu'ils font, retrouver de l'intérêt pour les choses, E3 ajoute → permettre de stimuler la volition car elle « est un peu anesthésiée quand ils sont dans ces états cliniques-là de risque suicidaire » (E3) + faire en sorte que la projection redevienne possible

Sinon, E1 a ajouté :

- « Donner un rôle »
- « Passer leur incarcération sans qu'il y ait trop de troubles à la sortie »
- « Limiter les effets néfastes sur leur santé psychique de l'incarcération »
- Créer une dynamique de groupe permettant aux nouveaux patients de s'inclure dans l'environnement

E2 a dit :

- « Permettre à la personne de s'engager dans ses soins, d'être actrice de ses soins »

E4 a dit :

- « Permettre d'établir un lien de confiance plus vite »
- « Alors après, en détention, ils trouvaient rapidement un bénéfice secondaire à venir à une activité thérapeutique. Pour eux, ils venaient s'occuper, après c'était à nous de transformer ça en autre chose »

### **Le projet de vie**

Q12.

	<p>pouvait être adapter l'environnement et puis prendre du coup un endroit de l'atelier ou une salle plus contenante adaptée au cadre qu'on veut mettre »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Ou alors de complètement casser le cadre habituel, c'est-à-dire qu'au lieu de reprendre l'objet, on sent que là, le patient est là, mais on sent que cet élan il est plus là »</li> <li>• « Pour moi, le cadre doit être pensé et ferme oui mais pas rigide, on doit rester flexible dans ce qu'on peut accepter de ce que veut nous donner le patient, en fonction de son état, de ses envies ou de l'absence d'envie »</li> <li>• « Ça peut être aussi par l'absence de matériel »</li> </ul> <p>Q9. Les activités signifiantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Oui, j'ai déjà utilisé des activités signifiantes lors de mes accompagnements avec certains patients »</li> <li>• « Ça lui rappelait du coup le plaisir, la rigueur, l'utilité qu'il avait dans son travail »</li> <li>• « Ça redonnait de l'élan, de la motivation, du sens pour lui »</li> </ul> <p>Q10. Activités valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est des patients qui le verbalisaient au cours de la séance ou en fin de séance »</li> <li>• « Ça se voit aussi sur du non-verbal, sur une détente au niveau des traits du visage, dans l'attitude corporelle, une sensation de fierté et de satisfaction »</li> <li>• « Des patients qui étaient un peu émoussés, on retrouvait justement une manifestation un peu émotionnelle »</li> </ul> <p>Q.11 Intérêts des activités signifiantes et valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Il va redécouvrir ses capacités, son potentiel du coup moteur, relationnel, affectif »</li> <li>• « Tout ce qui est volition aussi parce que la volition est plutôt un peu anesthésiée quand ils sont dans ces états cliniques-là de risque suicidaire »</li> <li>• « Retrouver de l'intérêt pour les choses »</li> <li>• « On vient un petit peu gommer les idées qui faisaient que la projection n'était plus possible et puis qu'ils avaient plus d'aspiration »</li> </ul> <p>Q12. Le moment de la construction du projet de vie :</p>	<p>Aucun ergothérapeute n'est en accord sur le projet de vie et plus particulièrement sur le moment de sa construction</p> <p>E1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans un 1<sup>er</sup> temps, dit qu'il l'évoque dès les entretiens initiaux</li> <li>• Mais il évite de l'évoquer chez les personnes déprimées ne se projetant pas à une temporalité de plus d'une semaine donc il va plutôt s'intéresser aux projets à court terme d'abord</li> <li>• Puis explique finalement que « ça peut être évoqué à tout moment. Ça va dépendre du profil »</li> </ul> <p>E2 le rejoint sur le fait que cela dépend du profil et des capacités du patient mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le construit le plus tôt possible dès lors que la personne peut se projeter, peut prendre des décisions, peut organiser ses pensées</li> <li>• « Mais on ne va pas commencer par-là »</li> </ul> <p>E3 et E4 estiment que cela est plus compliqué de construire un projet de vie avec le patient pour des raisons différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E3 : « Que ce soit en détention ou à l'UMD, ils sont tellement loin, entre guillemets, de la vraie vie qu'on n'aborderait presque jamais ces projets-là »</li> <li>• E4 : du fait que les patients soient en maison d'arrêt, ils sont la plupart du temps transférés dans un établissement pénitentiaire par la suite, pour des peines de plusieurs années</li> </ul>
--	--	---

- « Alors là pour les projets de vie, plus compliqué, en toute honnêteté, que ce soit en détention ou à l'UMD, ils sont tellement loin, entre guillemets, de la vraie vie qu'on n'abordait presque jamais ces projets-là »
- « On abordait beaucoup plus le retour sur le secteur et l'hôpital psychiatrique d'où il venait et ça c'était, enfin pour moi, beaucoup plus dans le futur proche, qui est beaucoup plus important à travailler »

Q13. La manière dont est construit le projet de vie :

- « Donc les projets plutôt orientés sur un retour dans le secteur de base, on va les construire ensemble avec le patient »

Q.14 Temporalité du projet de vie :

- « C'était donc plutôt des projets de vie à court terme, on l'abordait plutôt sur la fin de la prise en charge »
- Ils commençaient à aborder le projet de vie un bon mois avant la sortie

Q15. Les principaux projets de vie :

- Retour sur le secteur d'origine pour l'UMD

Q.16 Ce qu'apporte le projet de vie au patient :

- « Ça provoque au patient un mélange d'émotions parce que à la fois, je dirais, pour la plupart, une satisfaction, une joie quand même d'un aboutissement que du coup ce passage se termine, [...] mais rattrapé par beaucoup d'inquiétude, de peur, et ça pour le coup, ça prend une place importante »

Q.17 L'impact du projet de vie sur l'accompagnement :

- « Il y avait tout le processus de séparation qui était à prendre en compte »
- « Mais de toute façon on préparait la fin du suivi »
- « Mais pour certains ça c'était insupportable, on a des patients comme ça qui sont revenus très vite parce que du coup, tellement la contenance de l'UMD il y a que ça qui les rassurait »
- « Mais pour les autres non, au contraire, ils préparaient plutôt ça avec nous, dans l'accompagnement on rencontrait les équipes de secteurs »

**E4 :**

Q6. Activités proposées :

Q13.

Pour E1, E2 et E3, les 3 ergothérapeutes accompagnent le patient dans la construction de son projet de vie → c'est le patient qui le construit mais « on voit si ses souhaits et la réalité sont cohérents » (E1)

- « On est un peu comme des indicateurs [...], on va permettre de faire émerger la prise de conscience des capacités et des incapacités pour permettre à la personne d'être au clair avec ses propres compétences et ensuite de prendre des décisions au mieux dans sa vie » (E2)
- « On va l'aider à connaître ses forces, ses ressources, sur quoi il va pouvoir s'appuyer pour certains projets et puis quelles vont être les limites qu'il peut rencontrer et qui vont peut-être ne pas permettre certaines choses qu'il avait initialement prévues » (E2)
- « On va vraiment être sur un exercice de réflexivité, que la personne soit en capacité de s'auto évaluer finalement pour ensuite se projeter dans des projets adaptés » (E2)

Q15.

Pour E1 et E2, les principaux projets de vie des patients se rejoignent beaucoup :

- « La plupart du temps, c'est des projets de vie très calés sur la représentation sociale de ce qu'on peut imaginer comme un avenir idyllique » (E2)
- Retourner avec le conjoint ou la conjointe, avoir une famille, une maison, des enfants, retour au domicile avec les proches

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Pour certains, c'était voilà avoir accès à la parole qui facilitait un peu les choses »</li> <li>• « D'autres, c'était justement de les mettre en activité qui leur permettait de penser à autre chose, en tout cas de l'appréhender différemment »</li> <li>• « Donc je ne changeais pas forcément en fait la médiation que je pouvais utiliser pour ça » (= ne change pas ses médiations parce que le patient présente un risque suicidaire)</li> <li>• « Alors comme activité, j'avais un groupe cuisine, un atelier musique, groupe de parole et puis après différents types de médiations artistiques »</li> </ul> <p>Q7. Les critères d'attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « La participation du patient. J'ai des patients pour lesquels il a fallu 2 ou 3 ans pour qu'ils passent juste, en fait, devant la salle d'activité »</li> <li>• « Heu, je vais être très honnête, j'utilisais des cutters, des outils, voilà qui pouvaient être dangereux »</li> <li>• « Le point d'attention en fait c'est de vérifier que le matériel ne disparaisse pas surtout »</li> <li>• « Même encore maintenant, ce n'est pas proposer des outils qui peuvent être dangereux qui est problématique, c'est de pas savoir ce qu'on en fait »</li> </ul> <p>Q8. Adaptations pour un environnement sécurisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Heu l'environnement, nan, c'est peut-être moi qui prenais des risques mais non. En plus, je faisais les activités la plupart du temps seul »</li> <li>• « En revanche, on le faisait dans un cadre qui était quand même sécurisé, parce qu'on avait quand même les surveillants pénitentiaires qui n'étaient pas très loin »</li> <li>• « C'est le travail d'équipe qui nous permettait d'accompagner au mieux et puis après il y avait une vigilance particulière des surveillants »</li> </ul> <p>Q9. Les activités significantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Ouais j'utilisais des activités significantes, alors dans la mesure du possible, j'ai essayé d'utiliser quelque chose qui pouvait leur parler »</li> <li>• « Avant même qu'on commence, je leur demandais ce qu'ils aimaient, ce qu'ils faisaient comme loisirs, s'il y a des choses qu'on pouvait reproduire »</li> </ul>	<p>E3 explique que les principaux projets de vie abordés étaient le retour sur le secteur d'origine pour l'UMD, c'était dans un futur proche et pour elle « c'est ce qui est beaucoup plus important à travailler » (E3)</p> <p>E2 ajoute qu'en fin de compte « les principaux projets de vie dépendent de chacun, mais d'une manière générale, c'est quand même de pouvoir sortir de l'UMD »</p> <p>Pour E4, étant donné qu'il explique qu'un projet de vie ne peut être construit en maison d'arrêt, il explique que « le projet de vie c'est comment arriver à supporter la détention » (E4)</p> <p>Q16. Pour E1 et E3, le projet de vie provoquera au patient plusieurs émotions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Ça provoque au patient un mélange d'émotions à la fois, pour la plupart, une satisfaction, une joie d'un aboutissement que du coup ce passage se termine, [...] mais rattrapé par beaucoup d'inquiétude et de peur » (E3)</li> <li>• Pour E1, quand la sortie approche pour le patient, des angoisses sont présentes et le patient doute de ses capacités</li> </ul> <p>Pour E1 et E2, cela permet aussi au patient de se projeter, d'avoir un sens global à sa prise en soins, E1 ajoute aussi que cela permet « de vivre un petit peu mieux l'incarcération » (E1) et E2 ajoute que cela permet au patient de savoir pourquoi il travaille à l'hôpital car cela lui demande des efforts</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « J'essayais de faire en sorte d'utiliser des médiateurs qui pouvaient surtout les accrocher »</li> <li>• « Je trouve que c'est notre boulot après de pouvoir transformer cette demande pour en faire quelque chose de thérapeutique. Donc en fait la médiation en soi, moi, j'en proposais quelques-unes mais s'ils avaient d'autres idées, il n'y a pas de problème »</li> </ul> <p>Q10. Activités valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'était valorisant pour eux parce que c'est quelque chose qu'ils pouvaient faire à l'extérieur. Donc ça lui permettait de montrer qu'il avait encore des capacités et puis de garder parfois un petit lien avec l'extérieur »</li> <li>• « Ça leur permettait de garder un lien puis de garder leur rôle social »</li> <li>• « Ça a permis de nouer un lien comme ça, de continuer une activité qu'ils connaissaient bien »</li> <li>• « C'est le fait qu'il y avait un lien entre la prison et l'extérieur qui a pu être valorisant pour eux »</li> </ul> <p>Q11. Intérêts des activités signifiantes et valorisantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est toujours permettre d'établir un lien de confiance plus vite »</li> <li>• « Alors après ils trouvaient, en détention, ils trouvaient rapidement un bénéfice secondaire à venir à une activité thérapeutique. Pour eux, ils venaient s'occuper, après c'était à nous de transformer ça en autre chose »</li> </ul> <p>Le projet de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Alors, le projet de vie, quand on travaille en maison d'arrêt et que pour la plupart ils vont être mutés dans un autre établissement pénitentiaire pour purger une peine de plusieurs années, heu non »</li> <li>• « Le projet de vie c'est comment arriver à supporter la détention »</li> <li>• « On ne peut pas parler de la vie à l'extérieur, on ne fait pas de lien avec l'extérieur en fait »</li> <li>• « Et, en plus, c'était un peu compliqué de le prévoir parce qu'en fait on ne savait jamais quand ils allaient être transférés »</li> <li>• « On ne peut pas mettre un terme à la prise en charge, se dire « au revoir », c'est assez rare »</li> <li>• « Le projet de vie, pour moi, c'est vraiment quand on arrive à faire un lien avec l'extérieur »</li> </ul>	<p>Q17.</p> <p>Globalement, pour E1, E2 et E3, le projet de vie avait un impact positif sur l'accompagnement avec quelques nuances pour E3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour E1 cela leur permettait aussi de se projeter, d'éviter de ruminer le présent et d'être occupé psychiquement par les questionnements en lien avec le projet de vie, cela impacte aussi la relation thérapeutique car le patient voudra venir en ergothérapie pour partager l'avancée de son projet de vie</li> <li>• Pour E2, « l'impact c'est l'engagement, c'est le sens que les soins peuvent avoir aussi pour lui, c'est ce qui va encourager sa participation, sa volition, ça va être le carburant on va dire »</li> <li>• Mais E3 explique que pour certains patients, cela signifiait la fin de la prise en soin et donc cela leur était insupportable car « il n'y avait que la contenance de l'UMD qui les rassurait » (E3)</li> </ul> <p>Néanmoins, E4 ne construisait pas de projet de vie avec les patients car « le projet de vie, pour moi, c'est vraiment quand on arrive à faire un lien avec l'extérieur » or, « on ne peut pas parler de la vie à l'extérieur, on ne fait pas de lien avec l'extérieur en fait ». Il ajoute aussi que mettre un terme à la prise en soins avec le patient était compliqué car « on ne savait jamais quand ils allaient être transférés », par conséquent, « on ne peut pas mettre un terme à la prise en charge, se dire « au revoir », c'est assez rare »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les questions au sujet du projet de vie n'ont pas pu lui être posées</li> </ul>
--	---	---

**Le relationnel  
avec les patients**

**E1:**

Q18. Les objectifs en tant que professionnel :

- « La première mission pour moi des unités sanitaires en prison, c'est de limiter et réduire le risque suicidaire »
- « Les inclure à leur environnement social, donc en leur donnant un rôle, à leur environnement physique en leur donnant des petits tuyaux, astuces sur la prison, environnement institutionnel aussi pour répondre à leurs questions, faire en sorte qu'ils puissent se projeter dans un court terme valorisant »
- « Donc aussi la valorisation, la re-narcissisation »
- « Développer une alliance forte avec le soin par le biais des thérapeutes »
- « Les inclure dans un milieu dit « normal », les inclure dans le travail en détention, les inclure à l'école aussi en détention »
- « En vrai, mon principal objectif vis-à-vis de mes patients, c'est vraiment ça, c'est faire en sorte qu'ils passent leur détention »

Q19. Exposition d'IDS ou d'actes suicidaires lors des interventions :

- « Je leur propose, un entretien en fin de séance et ensuite je suis le protocole de l'évaluation du risque suicidaire. J'évalue »
- « J'essaie de regarder s'il y a des déterminants particuliers »
- « J'essaie de voir s'il y a un scénario, j'essaie de voir les temporalités. Voilà je fais une évaluation du risque suicidaire »
- « J'en réfère ensuite au psychiatre et au psychologue »
- « Si le risque suicidaire s'avère être existant ou que j'ai un doute, je propose une mise sur la CPRS (commission prévention risque suicidaire), il y a les codétenus de soutien, des cellules où en théorie, ils ne peuvent pas se tuer »

Q20. Posture professionnelle idéale :

- « Je pense qu'il faut beaucoup de postures maternantes, sur les premiers temps »
- « Une posture vraiment d'écoute aussi, d'individualisation de la relation, de l'être au sein du groupe »
- « Une posture qui est vraiment sincère et authentique »

Q18.

E1, E2 et E4 se rejoignent sur le fait qu'il sera important pour eux de travailler sur la revalorisation et la re-narcissisation du patient au cours de leurs accompagnements, être capable d'avoir confiance en soi

Ensuite, ils se rejoignent aussi sur l'aspect communicationnel et relationnel avec l'autre → E2 et E3 expliquent qu'il leur sera important de favoriser l'échange oral afin que le patient puisse s'exprimer + E1 ajoute que cela passe aussi par développement d'une alliance thérapeutique

E2 et E3 expliquent qu'un de leur principal objectif sera que le patient soit capable d'être à l'écoute de lui-même. En effet, E3 explique qu'il sera important pour elle que le patient puisse reconnaître les prodromes d'une crise suicidaire afin que le patient puisse établir un plan d'action, et éviter qu'un passage à l'acte ne survienne

Ensuite, chacun ajoute d'autres objectifs de prise en soins différents :

- E1 : limiter et réduire le risque suicidaire, les inclure dans un environnement social, aider le patient à se projeter à court terme, puis termine sur « en vrai, mon principal objectif vis-à-vis de mes patients, c'est faire en sorte qu'ils passent leur détention »
- E2 : « Être capable d'être aussi bienveillant envers soi-même, envers les autres », « Faire confiance, dans un premier temps, en soi-même et puis aux autres »
- E3 : rappeler au patient son parcours pour qu'il puisse se raccrocher à ce qu'il est devenu maintenant



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Un bon transfert de l'alliance entre tous les professionnels, qu'ils se sentent englobés par une équipe »</li> <li>• « Montrer que nos alliances avec le système sont solides, que du coup notre alliance avec lui, peu importe ce qu'il arrivera, on restera thérapeutique et on restera dans le bénéfice des soins »</li> </ul> <p><b>E2 :</b></p> <p>Q18. Les objectifs en tant que professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « On va être sûr de la re-narcissisation, on part vraiment sur l'aspect reprendre confiance en soi »</li> <li>• « Être capable d'être aussi bienveillant envers soi-même, envers les autres »</li> <li>• « Faire confiance, dans un premier temps, en soi-même et puis aux autres »</li> <li>• « Être à l'écoute de soi »</li> <li>• « Être en capacité de s'exprimer »</li> </ul> <p>Q19. Exposition d'idées ou d'actes suicidaires lors des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « En général, je l'écoute de façon active, c'est-à-dire je montre que j'écoute, que je peux avoir de l'empathie aussi par rapport à ce qu'il vit, en précisant bien que moi je ne vis pas cette situation là mais que je peux entendre qu'il soit en souffrance »</li> <li>• « C'est vraiment de l'accompagnement de la souffrance en fait finalement »</li> <li>• « Après si la personne est en capacité de livrer des éléments tels que ceci c'est qu'il fait confiance donc c'est important aussi de maintenir cette confiance là et de bien préciser à la personne que on va être obligé d'en parler aussi aux médecins et à l'équipe »</li> </ul> <p>Q20. Posture professionnelle idéale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je dirais déjà, ouvert, accessible, à l'écoute, centré sur la personne, être en capacité d'être observateur notamment sur chaque changement et dès qu'il y a des changements, être en capacité aussi de jouer un petit peu le miroir, c'est-à-dire renvoyer ce que j'observe pour qu'il puisse me parler de lui, que on soit vraiment centré sur lui et pas sur autre chose »</li> <li>• « Ça implique que, physiquement, on est aussi disponible, le regard aussi porté sur la personne, tourné vers elle »</li> </ul>	<p>Q19.</p> <p>Les 4 ergothérapeutes sont en accord sur le fait que dès qu'un patient lui expose des idées ou des actes suicidaires, ils en réfèrent tous à l'équipe et le verbalisent au patient qu'ils vont en parler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 explique que si le patient lui expose cela c'est qu'il lui fait confiance et par conséquent, pour maintenir ce lien de confiance, il se doit de dire au patient qu'il va en parler en équipe</li> </ul> <p>E2, E3 et E4 se rejoignent aussi sur la nécessité de proposer une écoute active du patient venant de leur part et d'essayer de comprendre ce qui se passe et s'il y a eu un élément déclencheur en particulier. De plus, ils proposent au patient d'en parler, de creuser un peu plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 : « c'est vraiment de l'accompagnement de la souffrance en fait finalement »</li> </ul> <p>E1 et E4, ayant tous les 2 travaillés en SMPR, expliquent qu'ils évaluent le risque suicidaire en essayant de voir si un scénario particulier est présent, s'il y a des temporalités, un contexte qui augmenterait le risque suicidaire</p> <p>Enfin, E1 ajoute que « si le risque suicidaire s'avère être existant ou que j'ai un doute, je propose une mise sur la CPRS (commission prévention risque suicidaire) »</p> <p>Q20.</p> <p>D'une manière générale, seul E4 ne verbalise pas l'attitude qu'il doit avoir, lui personnellement. En</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « On montre notre engagement aussi psychiquement c'est-à-dire que on est voilà on est disponible pour elle »</li> <li>• « Essayer d'être sur quelque chose d'apaisant »</li> </ul> <p><b><u>E3 :</u></b></p> <p>Q18. Les objectifs en tant que professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Lui rappeler par tout ce dont il est passé, il a traversé et puis du coup qu'il puisse effectivement se rappeler d'où il en est maintenant »</li> <li>• « Lui apprendre à reconnaître la survenue peut-être, parce que c'est important de se connaître »</li> <li>• « C'est d'être capable de se connaître, de reconnaître l'arrivée d'une phase dans laquelle je vais moins bien pour être en capacité tout de suite d'établir un petit peu un plan d'action, de ne pas rester tout seul et de pouvoir demander de l'aide, s'autoriser à le faire et pouvoir un petit peu lutter contre ça »</li> </ul> <p>Q19. Exposition d'idées ou d'actes suicidaires lors des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « S'il souhaite, l'inviter à être disponible pour en parler ou bien je lui demande s'il a besoin de faire juste une pause avec du silence ou du vide ou est-ce qu'il préfère juste que je sois au courant »</li> <li>• « Je lui demande toujours de m'aider à comprendre, pour que ce soit au clair sur son intention »</li> <li>• « Et de pouvoir justement creuser, comme je disais, derrière »</li> <li>• « Parce que ça aussi ils sont au courant que c'est quelque chose qu'on partage, parce que souvent on dit qu'il y a le secret professionnel mais s'il y a bien un truc sur lequel, pour des raisons justement pour sa santé et qu'on se doit de partager, c'est bien le risque suicidaire je trouve »</li> <li>• « Je l'informe que c'est quelque chose de très important, je lui demande s'il en a déjà parlé, s'il a verbalisé à d'autres personnes, et auquel cas est-ce qu'il souhaite aussi que je l'aide à en parler ou qu'on le partage ensemble à son médecin »</li> </ul> <p>Q20. Posture professionnelle idéale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je dirais une posture de renforcement positif, bienveillante, empathique, pour qu'il puisse entendre que on reçoit tout ça et qu'on peut entendre ce qu'il vit et que c'est notre travail aussi, enfin qu'il ne nous dérangera pas »</li> </ul>	<p>général, il demande à ce que le patient soit admis au SMPR pour pouvoir augmenter les accompagnements. Puis, si les idées suicidaires étaient majeures, le médecin demandait une hospitalisation</p> <p>Ensuite, E1, E2 et E3 expliquent qu'il est nécessaire d'avoir une posture bienveillante, de renforcement positif, d'écoute active auprès de ces patients, montrer une disponibilité psychique pour le patient. Concernant l'écoute, E1 et E2 expliquent que cette posture d'écoute se doit d'être individualisée et centrée sur la personne</p> <p>E2 ajoute qu'il doit être observateur de chaque changement du patient pour pouvoir « renvoyer ce que j'observe pour qu'il puisse me parler de lui » (E2)</p> <p>E2 et E3 expliquent aussi l'importance d'avoir une attitude de réassurance et apaisante</p> <p>Et pour E2, tout cela passe aussi par sa posture corporelle avec « le regard porté sur la personne, tourné vers elle » (E2)</p> <p>E1 ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'il faut avoir « une posture qui est vraiment sincère et authentique »</li> <li>• Qu'une alliance inter-équipe est importante pour que le patient se sente soutenu par tous</li> </ul> <p>E3 ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Venir un petit peu casser les stéréotypes, venir légitimer ce qu'il est en train de vivre pour pouvoir l'accompagner à comprendre aussi d'où c'est venu » car « ils ont l'impression parfois que c'est reconnu comme être faible »</li> </ul>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Une attitude de réassurance, de légitimité aussi parce qu'ils ont l'impression parfois que c'est reconnu comme être faible »</li> <li>• « Venir un petit peu casser les stéréotypes, venir légitimer ce qu'il est en train de vivre pour pouvoir l'accompagner à comprendre aussi d'où c'est venu »</li> </ul> <p><b>E4 :</b>  Q18. Les objectifs en tant que professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « La revalorisation de soi »</li> <li>• « Favoriser l'échange oral dans la mesure du possible »</li> </ul> <p>Q19. Exposition d'idées ou d'actes suicidaires lors des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je le signalais aux infirmiers et à son médecin psychiatre »</li> <li>• « A part les inviter à en parler, ce qu'ils ont fait et ce qui est très bien, peut-être parfois proposer d'intensifier un peu plus la prise en charge, de le faire revenir plus souvent dans le service »</li> <li>• « Bah essayer d'être plus à l'écoute »</li> <li>• « Après la question c'est de voilà d'essayer de savoir s'il y a un scénario particulier, s'il y a un événement particulier, essayer de comprendre le contexte »</li> </ul> <p>Q20. Posture professionnelle idéale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est quand il y a des patients comme ça, c'était de demander à ce qu'ils soient admis au SMPR »</li> <li>• « La première étape parfois était de les faire admettre dans le service pour qu'ils soient plus proches de nous et que du coup on les voit au quotidien »</li> <li>• « La 2<sup>ème</sup> étape, après si vraiment il y avait des idéations suicidaires majeures, bah après c'est le médecin qui demandait l'hospitalisation. Bon après voilà, maintenant entre-temps, moi je vous parle d'une époque où les UHSA n'existaient pas donc c'était un peu différent »</li> </ul>	
<p><b>La privation occupationnelle</b></p>	<p><b>E1 :</b>  Q21. Connaissance de la privation occupationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est presque une privation de l'existence au sein de la société et cette existence-là elle se fait par l'activité, il y a un rapport, un petit peu, avec l'injustice occupationnelle si on veut »</li> </ul> <p>Q22. Existence du concept chez ces patients :</p>	<p>Q21.  Seul E4 ne connaissait pas le concept de privation occupationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 : « C'est presque une privation de l'existence au sein de la société et cette existence-là elle se fait par l'activité, il y a un</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Pour moi, j'arrive à le retrouver parce que c'est un peu un fondement en ergothérapie »</li> <li>• « Mais dire que l'activité est un déterminant de santé, les personnes quand elles sont dans une cellule, je ne sais pas moi, les 3 quarts de leur temps, forcément ça a des impacts »</li> <li>• « Pour moi oui, ce concept-là, il existe par essence de ce qu'est l'ergothérapie »</li> </ul> <p>Q23. Moyens mis en place pour y remédier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Appuyer une candidature pour le travail, proposer l'école, proposer plus d'activités, demander à ce qu'il soit changé de bâtiment, d'étage, quand c'est vraiment sur les CPRS »</li> <li>• « Demander un accès plus fréquent au gymnase, ça c'est des choses qu'on vient demander après avoir mis en place notre arsenal thérapeutique, donc de psychologue, psychiatre, activités thérapeutiques »</li> <li>• « On peut, en dernier lieu, demander un transfert pour rapprocher des familles »</li> </ul> <p>Q24. Impacts de la privation occupationnelle sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « A court terme, ça va être des angoisses, des sentiments d'isolement, un repli social, des conduites addictives »</li> <li>• « A moyen terme et à long terme ça va être des passages à l'acte auto agressifs et hétéro agressifs, un risque suicidaire accru, des angoisses qui ne se déferont peut-être jamais, un sentiment d'impuissance, des troubles cognitifs »</li> <li>• « Ça va aussi être enfaite, c'est plus tout ce qui est lié à l'enfermement »</li> </ul> <p><b><u>E2 :</u></b></p> <p>Q21. Connaissance de la privation occupationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est le fait de ne pas avoir accès à des occupations, des activités bah significantes notamment pour la personne, en lien avec un espace physique qui ne nous permet pas de les réaliser ou pas que physique d'ailleurs, mais juste qu'on ne peut pas réaliser cette activité, du fait de quelque chose d'externe »</li> </ul> <p>Q22. Existence du concept chez ces patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Oui, je pense que ce concept existe auprès de ces patients »</li> </ul>	<p>rapport, un petit peu, avec l'injustice occupationnelle si on veut »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 : « C'est le fait de ne pas avoir accès à des occupations, des activités bah significantes notamment pour la personne, en lien avec un espace physique qui ne nous permet pas de les réaliser ou pas que physique d'ailleurs, mais juste qu'on ne peut pas réaliser cette activité, du fait de quelque chose d'externe »</li> <li>• E3 : « C'est quand une personne pour laquelle, comment dire, où il y aurait plus les opportunités, les opportunités sociales, les opportunités de loisirs, de rencontres, de création, ... »</li> </ul> <p>Q22.</p> <p>Pour tous les ergothérapeutes, le concept de privation occupationnelle existait chez certains des patients qu'ils accompagnaient mais pour des raisons pouvant être différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les 4 ergothérapeutes, l'institution, le cadre ou encore l'hospitalisation pouvait être à l'origine de la privation occupationnelle chez ces patients</li> <li>• E1 : l'enfermement en cellule pour la plupart du temps</li> <li>• E2 : structure très rigide dans le fonctionnement pour des raisons de sécurité → impact l'autonomie des patients « ils ont toujours la capacité de décider mais il n'ont pas la capacité de réaliser les choses »</li> <li>• E4 : la position de détenu, un sentiment d'injustice, un procès qui approche</li> </ul>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Du fait de la structure, on est sur des structures qui sont très rigides dans leur fonctionnement mais parce que c'est le protocole qui est instauré de cette façon-là pour des raisons de sécurité et forcément ça a un impact aussi sur leur autonomie »</li> <li>• « En tout cas, ils ont toujours la capacité de décider mais ils n'ont pas la capacité de réaliser les choses »</li> </ul> <p>Q23. Moyens mis en place pour y remédier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est faire en sorte que malgré la symptomatologie, parfois la dangerosité, on peut aménager des endroits, des espaces, de telle sorte que la personne puisse faire des activités significatives pour elle, à l'hôpital »</li> <li>• « On a des moyens financiers déjà pour acheter pas mal de choses et donc du coup on a une variété de médiations possibles »</li> </ul> <p>Q24. Impacts de la privation occupationnelle sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Le refus de soins, le fait de pas s'engager dans ses soins »</li> <li>• « Si on n'est pas à l'écoute de ses demandes, il y a peu de chances que la personne soit aussi à l'écoute de ce qu'on va lui dire »</li> <li>• « Mais ça risque aussi d'avoir un impact sur la prise des traitements, sur les soins en général »</li> </ul> <p><b><u>E3 :</u></b></p> <p>Q21. Connaissance de la privation occupationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est quand une personne pour laquelle, comment dire, où il y aurait plus les opportunités, les opportunités sociales, les opportunités de loisirs, de rencontres, de création, ... »</li> </ul> <p>Q22. Existence du concept chez ces patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je pense que oui, elle doit exister du fait de plein de choses »</li> <li>• « Ça peut être la symptomatologie tout simplement »</li> <li>• « Dans un cadre de risque suicidaire, s'en est un, c'est une forme d'état thymique très bas, dans lequel il y a plus de projection et on est dans le désespoir, avec un risque comme ça, que la personne puisse mettre fin à ses jours, donc du coup ça aussi pour moi c'est un facteur qui peut faire émerger une situation de privation occupationnelle »</li> <li>• « Mais ça peut être aussi, l'institution, le cadre, l'hospitalisation qui s'éternise, ça peut être la prise de conscience du passage à l'acte »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E3 et E4 : la symptomatologie peut aussi induire une situation de privation occupationnelle</li> <li>• E3 : « Dans un cadre de risque suicidaire, s'en est un, c'est une forme d'état thymique très bas, dans lequel il y a plus de projection et on est dans le désespoir, avec un risque comme ça, que la personne puisse mettre fin à ses jours »</li> <li>• E4 : « C'est ça qui limiterait les actes de la vie quotidienne, avec un état dépressif profond »</li> <li>• E3 et E4 : le lien avec l'extérieur et avec les personnes de l'entourage peut induire la privation occupationnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ E3 : plutôt des personnes de l'entourage « toxiques » pour le patient</li> <li>○ E4 : le fait que le lien avec l'entourage soit rompu</li> </ul> </li> <li>• E3 ajoute que la prise de conscience du passage à l'acte peut être un des facteurs</li> <li>• E4 ajoute que « c'était essentiellement le lien avec l'extérieur » qui pouvait conduire à la privation occupationnelle</li> </ul> <p>Q23.</p> <p>Les 4 ergothérapeutes avaient mis en place des moyens différents pour remédier à la privation occupationnelle chez ces patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E1 : si CPRS, appuyer les candidatures pour le travail, l'école, augmenter les activités, changer le patient de bâtiment ou d'étage → après avoir mis en place toutes les possibilités thérapeutiques avec l'équipe</li> </ul>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Ça peut être des personnes aussi de l'entourage »</li> </ul> <p>Q23. Moyens mis en place pour y remédier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Bah la mise en place du coup de séances d'ergothérapie ! »</li> <li>• « Je faisais partie aussi du groupe de soutien aux familles parce que je pense qu'on peut agir comme ça aussi »</li> </ul> <p>Q24. Impacts de la privation occupationnelle sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « C'est un petit peu comme si la personne elle se mettait en off quoi »</li> <li>• « Donc en fait tout est mis un peu en veille, je dirais, donc du coup tout son potentiel moteur, relationnel, cognitif, le risque c'est vraiment d'aller sur une évolution déficitaire, un repli sur soi, une majoration de l'état du risque suicidaire, enfin c'est très alertant »</li> <li>• « Et puis qu'il y ait le passage à l'acte »</li> </ul> <p><b><u>E4 :</u></b></p> <p>Q21. Connaissance de la privation occupationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Non, je ne connais pas le concept de privation occupationnelle »</li> </ul> <p>Q22. Existence du concept chez ces patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Oui je pense que ça existait chez certains patients, pas tous, mais oui certains je pense, en effet, étaient dans cet état »</li> <li>• « Heu je n'en sais absolument rien »</li> <li>• « Un patient, lui pour le coup les idéations suicidaires étaient principalement liées à sa position de détenu, le lien qu'il n'avait plus avec sa famille, et puis le procès qui approchait »</li> <li>• « Essentiellement avec un sentiment d'injustice »</li> <li>• « On va dire un événement qui quand la famille rompait le contact, qu'il n'y ait plus de visites »</li> <li>• « Ouais, c'était essentiellement le lien avec l'extérieur en fait »</li> <li>• « C'est ça qui limiterait les actes de la vie quotidienne, avec un état dépressif profond »</li> </ul> <p>Q23. Moyens mis en place pour y remédier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les solliciter quotidiennement et aller à leur rencontre »</li> <li>• « Après en leur laissant la possibilité de venir sans ne rien faire, adapter un peu la prise en charge »</li> </ul>	<p>médicale + « en dernier lieu, demander un transfert pour rapprocher des familles »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E2 : « aménager des endroits, des espaces, de telle sorte que la personne puisse faire des activités signifiantes pour elle, à l'hôpital », proposer diverses médiations</li> <li>• E3 : mise en place de séances d'ergothérapie + faire partie d'un groupe de soutien aux familles</li> <li>• E4 : solliciter les patients quotidiennement en allant à leur rencontre parfois directement en cellule + leur proposer de venir en activité et ne rien faire pour adapter la prise en soin</li> </ul> <p>Q24. Selon les 4 ergothérapeutes, les impacts de la privation occupationnelle sur le patient peuvent être très différents mais E1, E3 et E4 sont en accord avec le fait que cela peut créer un isolement social et un repli sur soi</p> <p>E1 et E3 se rejoignent sur le fait que cela peut favoriser le passage à l'acte auto ou hétéro agressif et que cela augmente le risque suicidaire</p> <p>E1 ajoute que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cela peut créer des angoisses, des conduites addictives, des troubles cognitifs, un sentiment d'impuissance</li> </ul> <p>E2 ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cela engendrer un refus de soins de la part du patient</li> <li>• Que le patient ne soit pas à l'écoute de ce qu'on lui demande → « Si on n'est pas à</li> </ul>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « En fait souvent, moi, quand c'était ça, j'allais les voir directement en cellule pour essayer de les solliciter »</li> </ul> <p>Q24. Impacts de la privation occupationnelle sur le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'incurie principalement, après ils n'ont pas forcément besoin de se faire à manger, donc ce n'est pas le problème »</li> <li>• « Un isolement social parce que du coup ils ne sortaient même plus en promenade, ils ne sortent déjà pas beaucoup quand ils sont en détention »</li> </ul>	<p>l'écoute de ses demandes, il y a peu de chances que la personne soit aussi à l'écoute de ce qu'on va lui dire »</p> <p>E3 ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne se met « en veille » et par conséquent, ses capacités motrices, relationnelles et cognitives sont impactées</li> </ul> <p>E4 ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'incurie principalement, après ils n'ont pas forcément besoin de se faire à manger, donc ce n'est pas le problème »</li> </ul>
--	--	---

**Titre :** La privation occupationnelle chez les détenus : l'accompagnement du risque suicidaire en ergothérapie

**Résumé :** Le milieu carcéral est par définition un lieu de privation de liberté. Cette privation de liberté amène les détenus à se retrouver en situation de privation occupationnelle. Cet état de privation occupationnelle peut se traduire de différentes manières. L'une des résultantes de la privation occupationnelle en prison se trouve être le risque suicidaire. En effet, le taux de suicide en prison est 7 fois supérieur à celui de la population générale. De cette façon, l'ergothérapeute peut aider le détenu dans son accompagnement pour diminuer le risque de suicide. Ainsi, l'objet de cette recherche est d'identifier les rôles de l'ergothérapeute auprès des détenus en privation occupationnelle présentant un risque de suicide. Au travers de son accompagnement, il sera nécessaire à l'ergothérapeute d'instaurer la sécurité relationnelle.

Pour répondre à cette recherche, 4 ergothérapeutes accompagnant ce type de population ont été interrogés. En effet, en utilisant les activités signifiantes dans leurs accompagnements, il a été démontré que cela permet d'instaurer la sécurité relationnelle. En revanche, dans un contexte d'incarcération, il est parfois impossible d'accompagner le détenu dans la construction d'un projet de vie. Pour ces raisons, cet accompagnement ne permet pas d'instaurer la sécurité relationnelle. Néanmoins, la sécurité relationnelle ne permet pas de supprimer le risque suicidaire. Il sera donc intéressant d'approfondir ses limites.

**Mots-clés :** détenus – ergothérapie – privation occupationnelle – sécurité relationnelle – trouble du comportement suicidaire

**Title:** Occupational deprivation among prisoners: support for suicidal risk in occupational therapy

**Abstract:** Prison environment is a place of deprivation of liberty. This leads detainees to find themselves in a situation of occupational deprivation. This state of occupational deprivation can be expressed in different ways. One of the results of occupational deprivation in prison is suicide risk. Indeed, suicide rate in prison is seven times higher than that of the general population. This way, occupational therapists can help inmates in their support to reduce suicide risk. Thus, the purpose of this research is to identify occupational therapists' roles with prisoners in occupational deprivation with a suicide risk. Through their support, it will be necessary for occupational therapists to establish relational safety.

To answer this research, four occupational therapists accompanying this type of population were interviewed. Indeed, by using meaningful activities in their approach, it has been shown that it makes it possible to establish relational safety. On the other hand, in a context of incarceration, it is sometimes impossible to support inmates in the construction of a life project. For these reasons, this support does not make it possible to establish relational safety. Nevertheless, relational safety does not eliminate suicide risk. It will therefore be interesting to deepen its limits.

**Keywords:** inmates – occupational deprivation – occupational therapy – relationship safety – suicidal behavior disorder